ВОСПАЛЕНІЯ И РЕТЕНЦІОННЫЯ КИСТЫ

ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ

К. Ф. СЛАВЯНСКАГО

(Лекціи, читанныя студентамъ старшаго курса Императорской Военно-Медицинской Академіи въ ноябрѣ 1890 года)



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

ТИПОГРАФІЯ А. С. СУВОРИНА. ЭРТЕЛЕВЪ ПЕР., Д. 13

1891

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 26 мая 1891 г.

На память

ОТЪ АВТОРА.

ВОСПАЛЕНІЯ И РЕТЕНЦІОННЫЯ КИСТЫ ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ.

ЛЕКЦІИ

профессора К. Ф. Славянскаго.

Читанныя студентамъ старшаго курса ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ ноябрѣ 1890 года.

При изученіи воспалительныхъ измѣненій фаллопіевыхъ трубъ, мы будемъ различать формы воспаленія безъ образованія большихъ скопленій жидкости въ полости фаллопіевой трубы и формы, въ которыхъ подобнаго рода скопленія выступаютъ на первый планъ. Принимая во вниманіе важность, какъ въ анатомическомъ, такъ и практическомъ отношеніяхъ такого дѣленія, я изложу сначала воспаленіе фаллопіевыхъ трубъ (Salpingitis) въ теченіе настоящей лекціи, а слѣдующую посвящу разбору такъ называемыхъ ретенціонныхъ кистъ фаллопіевой трубы (Hydro-pyo-et haematosalpinx.).

1) Воспаленіе фаллопіевыхъ трубъ (Salpingitis).

Патологическая анатомія. Воспаленія фаллопіевыхъ трубъ, начинающіяся обыкновенно со слизистой оболочки ихъ, мы дѣлимъ анатомически на salpingitis catarrhalis, salpingitis phlegmonosa — purulenta и salpingitis tuberculosa. Salpingitis actino—mycotica по рѣдкости, съ которою она до сихъ поръ наблюдалась, можетъ быть пока только упомянута.

Воспаленіе фаллопіевыхъ трубъ, встрѣчаясь въ острой и хронической формахъ представляется нашему наблюденію большею частію въ этой послѣдней. Труба обыкновенно увеличена въ объемѣ, въ особенности въ ширину, просвѣтъ ея расширенъ, стѣнки утолщены. Имѣя слегка извилистый ходъ и



Рис. 1. Salpingitis catarrhalis (Orthmann).

бугристое очертаніе воспаленная труба довольно плотно въ видѣ петли обхватываетъ въ большей части случаевъ также воспалительно-измѣненный яичникъ (рис. 1). Ostium abdominale еще открыто; если же оно представляется вполнѣ заращеннымъ, то ostium uterinum довольно свободно проходимо, такъ что продукты выдѣленій воспаленной слизистой оболочки находятъ себѣ относительно свободный стокъ или въ первомъ случаѣ непосредственно въ полость брюшины или же во второмъ въ полость матки.

Вскрывая трубу и изслѣдуя ея слизистую оболочку при salpingitis catarrhalis мы видимъ, что она утолщена, складки ея увеличены такъ, что вполнѣ почти выполняютъ весь просвѣтъ

(Salpingitis chronica productiva vegetans); вся поверхность представляется темно-краснаго цвѣта, бугриста, напоминаетъ собою поверхность, усѣянную разваренньмъ саго; она покрыта болѣе или менѣе толстымъ слоемъ муцинъ и гіалинъ содержащей прозрачной слизи, нейтральной или же кислой реакціи, иногда эта слизь или различно интенсивно окрашена кровью или же, вслѣдствіе значительной примѣси отпавшихъ клѣтокъ цилиндрическаго эпителія поверхности, представляется мутной, гноеподобной (*M. Cornil*, «*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*», 1887 г., стр. 362). Гиперемія слизистой оболочки обыкновенно болѣе или менѣе равномѣрна, рѣдко только видны отдѣльно налитые стволы болѣе крупныхъ сосудовъ или же островки болѣе значительныхъ межтканевыхъ экстравазатовъ. Кровоизліянія на свободную поверхность слизистой оболочки при катарральномъ воспаленіи могутъ достигать довольно значительной степени, такъ что просвѣтъ трубы представляется закупореннымъ довольно объемистымъ кровянымъ сгусткомъ, наружный конецъ котораго иногда выстоитъ изъ брюшного отверстія ея свободно въ полость брюшины, при чемъ въ такомъ кровяномъ сгусткѣ не опредѣляется присутствія остатковъ плоднаго яйца.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, мы видимъ, что цилиндрическій эпителій поверхности почти повсюду цѣлъ и подлежащая соединительная ткань въ своихъ поверхностныхъ частяхъ представляется инфильтрированною въ большей или меньшей степени индиферентными клѣтками. Подобная же инфильтрація замѣчается нерѣдко въ adventitia кровеносныхъ сосудовъ и соединительно-тканныхъ влагалищахъ болѣе крупныхъ нервныхъ стволиковъ (*Савиновъ*, Arch. für. Gyn. XXXIV, стр. 239).

Благодаря нерѣдко встрѣчающемуся мѣстному отсутствію эпителія поверхности, могутъ происходить на извѣстныхъ участкахъ сращенія другъ съ другомъ складокъ слизистой оболочки, обусловливая присутствіе болѣе или менѣе значительныхъ бугровъ, въ разрѣзѣ содержащихъ много железистыхъ, неправильныхъ очертаній полостей, выполненныхъ жидкимъ, иногда

1*

гноеподобнымъ содержимымъ (рис. 2). Muscularis tubae при катарральномъ воспаленіи недавняго происхожденія представляется обыкновенно неизмѣненною. При долгосуществующихъ катаррахъ слизистая оболочка трубы представляетъ *(Orthmann, «Virchow's Archiv».* Bd. 108, 1887*)* иногда значительныя разращенія своей железистой поверхности получаются железоподобныя образованія, разрастающіяся въ глубь ткани и проникающія нерѣдко въ muscularis, обусловливая мѣстныя гиперплязіи ея и утолщенія, получается нѣчто подобное тому, что мы уже видѣли при изученіи развитія железистыхъ эрозій вла-



Рис. 2. Salpingitis catarrhalis (Orthmann).

галищной части матки *(Славянскій.* Частная Патологія и Терапія женскихъ болѣзней. Томъ I, стр. 466). Эти разращенія железистыхъ образованій наблюдаются не только въ абдоминальномъ концѣ трубы, но были найдены *Chiari* («*Zeitschrift für Heilkünde*», Bd. VIII*)* также и въ isthmus tubae и ея маточномъ концѣ, здѣсь, благодаря весьма незначительной величинѣ просвѣта трубы они весьма скоро помѣщаются уже въ существѣ стѣнки ея, вызывая мѣстныя гиперплязіи мышечныхъ элементовъ, такъ что получаются опухолевидныя образованія (Salpingitis isthmica nodosa. *Shauta.* Arch. f. Gyn. XXXIII стр. 27), на протяженіи трубы, долгое время описывавшіяся за фибріомы ея стѣнокъ (рис. 3).

Salpingitis phlegmonosa, purulenta характеризуется тѣмъ, что воспалительный процессъ, сопряженный съ образованіемъ гноя, занимаетъ не только всю толщу слизистой оболочки, но распространяется также и на мышечный слой, захватывая нерѣдко и брюшину, покрывающую трубу. Слизистая оболочка



Рис. 3. Salpingitis isthmica nodosa. (Chiari) *a*—узелъ утолщенія.

утолщена, желтоватаго цвѣта, поверхность ея почти повсюду лишена эпителія, мѣстами пропикнута экстравазатами, складки утолщены и уплощены, мѣстами сращены между собою; какъ между ними, такъ въ толщѣ muscularis встрѣчаются иногда свободныя скопленія гноя (abscessus tubae), только рѣдко дости-



Рис. 4. Salpingitis phlegmonosa purulenta. (Orthmann).

гающія болѣе значительной величины. Въ разрѣзѣ, въ толщѣ слизистой оболочки (рис. 4) въ углубленіяхъ между складками замѣчаются еще участки сохранившагося цилиндрическаго эпителія. Вслѣдствіе повсемѣстной мелкоклѣточковой инфильтраціи стѣнка трубы представляется значительно утолщенной,

болѣе плотной. Содержимое значительно расширеннаго просвѣта трубы имѣетъ характеръ чистаго гноя, содержащаго тѣ или другіе микроорганизмы, смотря по этіологіи своего происхожденія. Orificium abdominale tubae далеко не всегда представляется заращеннымъ и каналъ трубы можетъ содержать уже довольно значительное количество гноя, а отверстіе это все еще проходимо. Такое болѣе или менѣе долгое отсутствіе слипчиваго воспаленія въ области orificii abdominalis tubae какъ при катарральномъ, такъ и гнойномъ сальпингитѣ стоитъ, по всей вѣроятности, въ зависимости отъ того, что воспаленіе въ теченіе извѣстнаго времени не распространяется за его границу на окружающую брюшину, чему, конечно, не мало способствуетъ значительное распуханіе складокъ слизистой оболочки этой области, закрывающихъ собою orificium abdominale, имѣющее normaliter отъ 0,3—0,5 стм. въ діаметрѣ, равно какъ и извѣстная степень сокращенія мышечныхъ волоконъ, располагающихся здѣсь на подобіе сфинктера

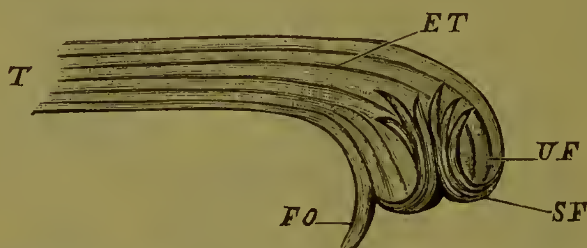


Рис. 5. Шематическое изображеніе завернувшихся фимбрій въ просвѣтъ трубы. (Burnier) *T*—труба. *ET*—продольныя складки трубы. *UF*—завернувшіяся фимбріи. *SF*—поверхность ихъ покрытая брюшиной. *FO*—Fimbria ovarica.

(Sappey, см. *Seuvre*, «*L'inflammation des trompes utérines etc.*», Thèse de Paris, 1874, стр. 13). Въ дальнѣйшемъ же теченіи времени, особенно при salpingitis purulenta, въ большинствѣ случаевъ все-таки наступаетъ полное заращеніе—облитерація наружнаго, брюшного отверстія трубы. Заращеніе это наблюдается наступающимъ двоякимъ образомъ. Болѣе рѣдко мы видимъ, что въ теченіи воспаленія трубы фимбріи ея заворачивается внутрь въ ея просвѣтъ (inversio ostii tubarum abdominalis, рис. 5), такъ

что ихъ наружныя покрытыя брюшиною поверхности соприкасаются непосредственно другъ съ другомъ и весьма легко и скоро наступаетъ ихъ сращеніе и слѣдовательно облитерація брюшного отверстія. Съ появленіемъ скопленія содержимаго трубы и растяженіемъ ея абдоминальнаго конца, какъ мы объ этомъ еще будемъ говорить ниже, такое сращеніе фимбрій представляется въ видѣ правильной формы розетки. При гнойныхъ формахъ сальпингита болѣе часто наблюдается болѣе неправильное заращеніе наружнаго конца трубы, происходящее вслѣдствіе присоединяющагося мѣстнаго воспаленія брюшины данной области, какъ результата выхожденія извѣстнаго количества гнойной жидкости изъ трубы. Ложныя перепонки, образующіяся при этомъ вокругъ трубы, яичника и окружающихъ частей, плотно закрываютъ orificium abdominale и обусловливаютъ такимъ образомъ облитерацію его. При salpingitis catarrhalis слизь, содержащаяся въ трубѣ, проникая черезъ брюшное отверстіе въ брюшину довольно часто не вызываетъ такого сильнаго раздраженія ея, чтобы развились ложныя перепонки, нерѣдко приходится наблюдать sub laparatomiam, что дѣло ограничивается только серознымъ воспаленіемъ брюшины (peritonitis seroso-fibrinosa) области малаго таза, и мы находимъ въ немъ болѣе или менѣе значительное количество серозной асцитической жидкости съ незначительною примѣсью бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и незначительной величины фибринозныхъ хлопьевъ и болѣе или менѣе сильно выраженную инъекцію сосудовъ брюшины, покрывающей половые органы и прилежащія петли кишекъ.

Развивающіяся иногда весьма интенсивныя перитониты, кончающіеся иногда даже летально въ теченіе болѣзни гнойнаго воспаленія фаллопіевыхъ трубъ ведутъ обыкновенно свое начало отъ проникновенія гноя изъ ихъ канала въ брюшину черезъ свободное еще orificium abdominale; усиленная перистальтика трубъ въ этихъ случаяхъ, какъ она наблюдается иногда sub menstruatione или вслѣдъ за нѣкоторыми гинекологическими манипуляціями въ полости матки бываетъ уже

вполнѣ достаточна, чтобы выгнать часть содержимаго въ полость брюшины. Реакція же, получающаяся со стороны этой послѣдней, представляется уже прямо пропорціональной характеру гнойной массы, вступившей въ нее. Септическій гной, ведущій свое начало изъ послѣродового періода, отличается особою силою въ этомъ отношеніи; гонорройныя формы въ большинствѣ случаевъ даютъ только ограниченныя перитониты, хотя могутъ также встрѣчаться случаи острыхъ общихъ перитонитовъ, быстро убивающихъ больныхъ, развивающихся вслѣдъ за проникновеніемъ гонорройнаго гноя изъ трубы въ полость брюшины sub salpinigitide gonorrhoica болѣе остраго періода.

Воспаленія брюшины, какъ результатъ сальпингита, наблюдаются, какъ мы уже упомянули, большею частію на ограниченныхъ мѣстахъ, при томъ чаще на наружномъ концѣ трубы и около яичника; но въ теченіе хроническихъ, долго тянущихся катарральныхъ или гнойныхъ воспаленій приходится наблюдать распространеніе процесса на брюшину не только черезъ orificium abdominale tubae, но и путемъ лимфатическихъ сосудовъ черезъ всю толщу стѣнки. Подобная perisalpingitis можетъ занимать все протяженіе трубы, и ложныя перепонки, развивающіяся при этомъ одновременно съ воспаленіемъ, идущимъ изъ брюшнаго отверстія, превращаютъ трубу и прилежащій яичникъ въ одну общую опухолевидную массу, отношенія частей въ которой удается доказать только послѣ продолжительнаго и точнаго препарованія вынутыхъ изъ трупа органовъ (рис. 6). Прилежащія петли кишекъ представляются иногда также весьма плотно приращенными къ данной области, такъ что получается весьма объемистый конгломератъ органовъ, соединенныхъ ложными перепонками, лежащій съ боку матки, могущій иногда симулировать присутствіе опухоли въ тазу.

Облитерація абдоминальнаго отверстія трубы обусловливаетъ застой выдѣленій слизистой оболочки въ наружномъ расширенномъ ея концѣ, такъ какъ normaliter продукты выдѣленій свободно стекаютъ въ брюшную полость, не вызывая въ ней никакихъ измѣненій, благодаря своей индефферентно-

сти. Подобное скопленіе, достигая извѣстной степени, вызываетъ рефлекторнымъ путемъ усиленную перистальтику трубы и скопившаяся жидкость направляется къ ея внутреннему концу, къ orificium uterinum tubae, черезъ которое мало-по-малу изливается въ полость тѣла матки. При долго существующихъ хроническихъ сальпингитахъ съ облитераціей брюшного отверстія трубы и съ слегка стенозированнымъ проходимымъ маточнымъ, благодаря долго продолжающейся усиленной дѣятельности мы-



Рис. 6. Трубы и яичники заключенные въ ложныя перепонки. (Heitzmann).

шечныхъ элементовъ ея стѣнки наблюдается развивающеюся гипертрофія ея, идущая рядомъ съ распространеніемъ хроническаго воспаленія на мышечный слой и подбрюшинную клѣтчатку. Въ результатѣ получается весьма сильное утолщеніе стѣнокъ трубы, она можетъ достигать толщины мизинца, указательнаго пальца и болѣе. Подобная гипертрофія мышечной стѣнки вслѣдствіе усиленной работы мышечныхъ элементовъ («Arbeitshypertrophie») была описана *Kaltenbach*'омъ («Centr. f. Gynäk.», 1885, стр. 677) и въ нашей литературѣ *В. В. Сутугинымъ* («Врачъ», 1886, № 17), подъ именемъ salpingitis hypertrophica, характерное изображеніе препарата кото-

раго мы приводимъ на рис. 7. При существованіи же также одновременной облитераціи и маточнаго отверстія трубы получаются значительныя скопленія жидкости въ ея полости и даютъ поводъ къ развитію ретенціонныхъ кистъ фаллопіевыхъ трубъ, разбору которыхъ мы посвятимъ слѣдующую лекцію. Утолщеніе стѣнокъ трубы наблюдалось также при сальпингитахъ у субъектовъ, имѣвшихъ сифилисъ, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ удавалось доказать значительное развитіе соединительной ткани, и въ литературѣ извѣстенъ одинъ случай развитія въ нихъ гуммозныхъ опухолей (*Bouchard* и *Lépine*, цит. у *Е. Е. Маковецкаго*. (Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопіевыхъ трубъ. Дисс. изъ нашей клиники, 1888, стр. 7).

Бугорчатое воспаленіе трубъ (salpingitis tuberculosa) встрѣчается обыкновенно при существованіи бугорчатки другихъ



Рис. 7. Salpingitis hypertrophica. (Сутугинъ) *а*—маточный конецъ трубы. *б*—брюшной конецъ трубы.

органовъ, но можетъ быть также и пораженіемъ первичнымъ. Заболѣваніе начинается обыкновенно также со слизистой оболочки, въ ней въ самыхъ ея поверхностныхъ слояхъ появляются сначала разсѣянными сѣрые милліарные бугорки; увеличиваясь быстро въ числѣ и творожисто перерождаясь они занимаютъ уже большую часть толщи ея. Поверхностные слои проникнуты уже сплошь распавшимися бугорчатыми образованіями и превращенныя въ сыровидную массу мало-по-малу отваливаются, образуя обширныя язвенныя поверхности, дно этихъ язвъ или занято также еще творожистою массою или же представляется состоящимъ изъ грануляціонной ткани съ многочисленными

гигантскими клѣтками, какъ въ этой ткани, такъ и въ отслоившихся творожистыхъ массахъ были уже находимы и въ фаллопіевой трубѣ характерныя туберкулезныя бациллы. Содержимое трубы представляется обычно густымъ гноеподобнымъ, съ многочисленными творожистыми хлопьями. Ostium abdominale tubae представляется не особенно рѣдко открытымъ (*Hegar,* «Genitaltuberculose des Weibes etc.», Stuttgart, 1886 г., стр. 9), и изъ него выстоитъ свободно въ полость брюшины туберкулезное творожистое содержимое ея. Возможность такого непосредственнаго проникновенія творожистыхъ массъ въ брюшину вполнѣ объясняетъ ту легкость, съ которою она также представляется пораженною бугорчаткою. Кромѣ только что сказаннаго пути зараженія бугорчаткою брюшины мы наблюдаемъ также распространеніе ея со слизистой оболочки трубы по лимфатическимъ сосудамъ сквозь стѣнки; особенно часто это приходится наблюдать на внутреннемъ маточномъ ея концѣ. При salpingitis tuberculosa гораздо чаще, чѣмъ при другихъ воспаленіяхъ, поражается этотъ конецъ трубы, особенно часто это наблюдается при совмѣстномъ endometritis tuberculosa. Богатая сѣть лимфатическихъ сосудовъ въ углахъ матки и isthmus tubae весьма скоро представляется занятою бугорковыми образованіями, вотъ почему относительно часто у самаго маточнаго конца трубы мы замѣчаемъ развитіе утолщеній стѣнки ея, зависящихъ отъ мѣстныхъ пораженій ея туберкулезнымъ воспаленіемъ. Эти утолщенія въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ напоминать собою утолщенія, находимыя при salpingitis isthmica nodosa; сходство это впрочемъ только кажущееся и болѣе точное анатомическое изслѣдованіе тотчасъ же укажетъ намъ съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. При заращеніи ostii abdominalis tubae начинаетъ обыкновенно развиваться значительное скопленіе творожисто-гнойныхъ массъ въ полости ея и мы имѣемъ передъ собою ретенціонную кисту-pyo-salpinx на туберкулезной почвѣ.

Этіологія. Воспаленіе Фаллопіевыхъ трубъ встрѣчается обыкновенно какъ явленіе послѣдовательное вслѣдъ за тѣмъ или другимъ заболѣваніемъ внутреннихъ половыхъ органовъ жен-

щины. Первичные сальпингиты наблюдаются только весьма рѣдко какъ исключенія. Чаще всего они ведутъ свое начало отъ заболѣваній слизистой оболочки матки и не рѣдки случаи, въ которыхъ отъ первичнаго страданія остались только слѣды или же оно совершенно изгладилось, тогда какъ salpingitis chronica представляется въ полномъ своемъ развитіи, давая поводъ дѣлать предположеніе о самостоятельности—первичнаго своего происхожденія. Ведя свое начало отъ Endometritis, они представляютъ и этіологію совершенно сходную съ этой послѣдней. Я укажу только на частоту встрѣчающихся инфекціонныхъ формъ, между которыми на первый планъ выступаетъ зараженія гонорройное, септическое въ послѣродовомъ періодѣ и при занесеніи въ полость матки различныхъ патогенныхъ микро-организмовъ при недостаточно тщательно производимыхъ внутриматочныхъ манипуляціяхъ (грязный зондъ и т. п.) и зараженіе туберкулезнымъ ядомъ. Распространеніе инфекціонныхъ началъ изъ полости тѣла матки въ трубы и болѣе успѣшная ихъ тамъ культивировка наблюдаются особенно рѣзко выраженными въ случаяхъ извѣстной степени задержки развитія Фаллопіевыхъ трубъ. Да позволено мнѣ будетъ остановить Ваше вниманіе, гг., на одинъ моментъ на измѣненіяхъ формы Фаллопіевой трубы, какъ признакѣ ея постепеннаго дальнѣйшаго развитія у зародыша, дѣвочки и взрослой женщины. Фаллопіевы трубы въ началѣ зародышевой жизни представляются, какъ извѣстно, рѣзко спирально извитыми начиная отъ ихъ маточнаго конца на своемъ протяженіи; около 32 недѣль жизни зародыша эта извилистность выражена всего рѣзче, такъ что число оборотовъ спирали достигаетъ въ это время до шести и даже до семи съ половиною (*W. A. Freund*. Ueber die indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. Vollkman's Sammlung Klin. Vorles. 323. Gynäckol. 93) (рис. 8). Съ этого времени извилистость трубы начинаетъ мало-по-малу изглаживаться, такъ что у новорожденной дѣвочки Фаллопіева труба у своего маточнаго конца, за исключеніемъ незначительной волнистности контура, представляется совершенно прямою и сохраняетъ свои спиральныя изви-

лины только на брюшномъ концѣ числомъ около четырехъ съ половиною оборотовъ (рис. 9). Въ теченіе внѣутробной жизни вплоть до наступленія половой зрѣлости изглаживаніе извилинъ идетъ все далѣе и далѣе, до тѣхъ поръ, пока труба не приметъ



Рис. 8. Тѣло матки и трубы зародыша восьми мѣсяцевъ развитія (Freund).



Рис. 9. Тѣло матки и трубы новорожденной дѣвочки (Freund).

свойственнаго ей, какъ выводному протоку, почти совершенно прямого протяженія, не представляющему уже никакихъ спиральныхъ изгибовъ (рис. 10). Благодаря присутствію этихъ спи-



Рис. 10. Tuba Falloрii 22-хъ лѣтней женщины умершей отъ тифа (Freund).

ральныхъ извилинъ въ зародышевой и дѣтской трубахъ зондированіе ихъ удается только съ трудомъ, а иногда па мѣстахъ болѣе сильно выраженнаго перекручиванія зондъ не можетъ быть проведенъ вовсе и просвѣтъ трубы представляется мѣстно несуществующимъ, благодаря чему не только въ ранніе періоды

жизни дѣвочки, но даже и во время утробной жизни могутъ наблюдаться тѣ или другіе послѣдовательныя измѣненія.

Далеко нерѣдко уже у взрослыхъ женщинъ приходится наблюдать присутствіе болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ спиральныхъ извилинъ на протяженіи Фаллопіевой трубы, обыкновенно на ея наружномъ абдоминальномъ концѣ. Присутствіе такихъ извилинъ и перегибовъ въ большинствѣ случаевъ представляетъ извѣстную степень остановки развитія трубы, причемъ сохраняется зародышевый или дѣтскій типъ ея. Болѣе рѣзкіе случаи подобной остановки развитія встрѣчаются обыкновенно вмѣстѣ съ подобными же явленіями со стороны, какъ остальныхъ половыхъ, такъ и другихъ органовъ тѣла (Anteflexio uteri congenita, hypoplasia cordis, дольчатая почка и др.).

Дѣтская или зародышевая форма Tubae Falloріae благодаря своей извилистости представляется гораздо чаще и упорнѣе пораженною воспалительно-инфекціонными процессами, чѣмъ труба нормально развитая; особенно рѣзко это наблюдается при пораженіяхъ гонорройнымъ ядомъ.

Воспаленія Фаллопіевыхъ трубъ встрѣчаются чаще у женщинъ въ полномъ расцвѣтѣ половой жизни отъ 20 до 40 лѣтъ; въ болѣе молодомъ и старческомъ возрастѣ они встрѣчаются уже гораздо болѣе рѣдко, единичными случаями они могутъ быть наблюдаемы даже въ самомъ раннемъ возврастѣ у маленькихъ дѣвочекъ. Почти на половину всѣхъ случаевъ воспаленіе поражаетъ обѣ трубы, такъ что salpingitis duplex встрѣчается довольно часто; при одностороннихъ формахъ лѣвая сторона представляется чаще пораженною. Не рѣдко приходится наблюдать одну трубу въ состояніи salpingitis catarrhalis, другую же въ состояніи salpingitis purulenta.

Какъ мы уже сказали, воспалительный процессъ распространяется на слизистую оболочку трубы чаще и легче всего со слизистой оболочки полости матки, въ нѣкоторыхъ же болѣе рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе начинается со слизистой оболочки фимбріи и наружнаго конца трубы, переходя сюда со стороны брюшины. Этотъ послѣдній способъ распространенія наблюдается

часто, какъ намъ нерѣдко приходилось видѣть при септическихъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, когда брюшина путемъ лимфатической системы поражается скорѣе и интенсивнѣе, чѣмъ внутренняя поверхность полости тѣла матки. Обычно же внѣ послѣродового періода воспаленіе переходитъ per continuitatem съ слизистой оболочки матки; этимъ мы не хотимъ сказать, конечно, чтобы каждый катарръ ея непремѣнно сопровождался сальпингитомъ. Этіологическими моментами происхожденія сальпингитовъ будутъ, слѣдовательно, тѣ же причины, что и endometritis corporis. Септическія, гонорройныя и туберкулезныя инфекціи стоятъ на первомъ планѣ; кромѣ того также, но уже гораздо болѣе рѣдко сальпингиты встрѣчаются совмѣстно съ эндометритами при неправильныхъ положеніяхъ, фиброміомахъ и ракахъ матки, при болѣзняхъ яичниковъ и общихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, какъ тифъ, холера, оспа и др.

Припадки. Salpingitis acuta и особенно salpingitis gonorrhoica, присоединяясь къ заболѣванію матки, обусловливаетъ довольно рѣзко выраженную тупую боль, локализируемую больными весьма точно съ обѣихъ сторонъ матки; боль эта при переходѣ процесса въ хроническое состояніе значительно уменьшается, но никогда не покидаетъ совершенно больныхъ. Весьма скоро присоединяющіяся мѣстныя воспаленія брюшины вокругъ трубы (perisalpingitis) обусловливаютъ появленіе болѣе рѣзкихъ болей, значительно увеличивающихся передъ и вначалѣ менструальныхъ кровотеченій. Всякое движеніе матки дѣлается болѣзненнымъ, больныя не могутъ много ходить, подымать что-либо тяжелое; развиваются боли sub coitu (dyspareunia). Съ заращеніемъ брюшного отверстія трубы и началомъ усиленной работы мышечной части стѣнки ея, необходимой для удаленія скопляющихся выдѣленій черезъ маточное отверстіе, совпадаетъ появленіе судорожныхъ болей, особенно усиливающихся подъ вліяніемъ пріемовъ Secale cornutum. (*Сутугинъ.* «Врачъ», 1889, № 21, стр. 476). Количество выдѣленій бываетъ однако настолько относительно незначительно, что оно, смѣшиваясь съ выдѣленіями матки, не можетъ быть достаточно строго опредѣ-

лено. Sub menstruatione, какъ извѣстно, даже и въ нормальномъ состояніи количество жидкаго содержимаго трубы довольно значительно увеличивается, что и даетъ поводъ въ разбираемыхъ нами случаяхъ въ это время значительному увеличенію интенсивности спазмодическихъ болей, достигающихъ acme своего развитія, получается довольно типическая картина dysmenorrhoeae spasmodicae. Чѣмъ болѣе развивается гипертрофія мышцъ трубы и чѣмъ глубже въ стѣнку проникаютъ воспалительныя измѣненія, тѣмъ сильнѣе, ожесточеннѣе и продолжительнѣе представляются спазмодическія боли. Въ случаяхъ *Kaltenbach*'а и *Сутугина* онѣ достигали чрезвычайной степени. Такая dysmenorrhoea spasmodica въ средней степени своего развитія, стоящая въ связи съ salpingitis gonorrhoica, наблюдалась уже издавна присущею публичнымъ женщинамъ и носила въ свое время названіе Colica scortorum. Рядомъ съ подобными случаями нерѣдко приходится встрѣчать и такія опорожненія содержимаго трубы, которыя происходятъ безъ того, чтобы больныя ощущали какія бы то ни было боли.

При salpingitis purulenta, отъ какихъ бы этіологическихъ причинъ она ни зависѣла, наблюдается иногда вслѣдъ за гинекологическимъ изслѣдованіемъ, особенно инструментальнымъ, или же sub menstruatione развитіе рѣзко выраженныхъ перитоническихъ явленій вслѣдствіе поступленія гноя въ полость брюшины черезъ orificium abdominale tubae. Развитіе болѣе усиленныхъ рефлекторныхъ сокращеній мышцъ трубы, бывающее при невполнѣ заращенномъ или только рыхло-склеенномъ брюшномъ отверстіи ея, уже вполнѣ достаточно, чтобы обусловить это выступленіе. Интенсивное зараженіе брюшины септическимъ гноемъ трубы было уже не разъ причиною смертельныхъ общихъ перитонитовъ.

Въ теченіи болѣзни хроническаго воспаленія трубъ мы видимъ, какъ мало-по-малу начинаетъ представлять неправильности періодъ менструальнаго кровотеченія. Вначалѣ количество теряемой крови постепенно мало-по-малу увеличивается, развивается menorrhagi'я, затѣмъ уже наступаетъ нарушеніе правиль-

ности появленія кровотеченій, такъ что мы имѣемъ передъ собою картину metrorrhagi'й, начинающихся, повидимому, безъ всякихъ видимыхъ причинъ и ведущихъ свое начало изъ тѣхъ вторичныхъ заболѣваній слизистой оболочки полости тѣла матки, которыя наблюдаются при заболѣваніяхъ придатковъ матки и ихъ обостреніяхъ. (*Славянскій.* Частная патологія женскихъ болѣзней. Т. I., стр. 498).

Къ припадкамъ, вѣрнѣе послѣдствіямъ, воспаленій трубъ, относится развивающееся безплодіе (sterilitas). Анатомическія измѣненія трубъ при хроническихъ сальпингитахъ и особенно гнойныхъ формахъ представляются на столько стойкими и значительными, что попаданіе и прохожденіе яйца по нимъ дѣлается невозможнымъ. Болѣе легкія катарральныя формы сальпингитовъ въ этомъ отношеніи представляются болѣе благопріятными, такъ какъ restitutio ad integrum при нихъ еще возможна, заращеніе orificium abdominalis tubae встрѣчается болѣе рѣдко и женщины, перенесшія salpingitis catarrhalis, хотя и черезъ довольно долгое время все-таки представляются иногда забеременѣвшими.

Объективное изслѣдованіе. У женщинъ, не обладающихъ чрезмѣрно толстыми и напряженными брюшными стѣнками при наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи удается безъ особаго труда прощупать съ обѣихъ сторонъ Фаллопіевы трубы, иногда даже въ нормальномъ ихъ состояніи. Тотчасъ за яичникомъ сбоку матки, отходя отъ ея угла, начинается тонкій, довольно-мягкій жгутъ, хорошо прощупывающійся только при нѣжномъ не сильномъ сведеніи обѣихъ изслѣдующихъ рукъ; жгутъ этотъ, направляясь сзади яичника кнаружи, мало-помалу дѣлается все мягче и наконецъ незамѣтно, безъ рѣзкой границы исчезаетъ для нашего осязанія. Въ патологическихъ случаяхъ, какъ напр., при salpingitis hypertrophica онъ представляется весьма рѣзкимъ, плотнымъ и, если нѣтъ болѣе значительныхъ измѣненій покрывающей трубу брюшины и большихъ сращеній, то удается прощупать характерные изгибы трубы, представляющіеся рѣзко выраженными въ случаяхъ дѣтской или зародышевой трубы. Присутствіе болѣе острыхъ измѣненій

брюшины, а равно и обширныхъ сращеній обыкновенно настолько затемняетъ изслѣдованіе, что tuba Falloріae прощупана быть не можетъ. Производя повторныя изслѣдованія и выждавъ болѣе удобное время, мы все-таки достигнемъ того, что можемъ себѣ составить весьма ясное понятіе о состояніи трубы. При salpingitis catarrhalis и связанномъ съ нимъ иногда присутствіи асцитической жидкости въ незначительномъ количествѣ въ полости малаго таза, объективное изслѣдованіе даетъ весьма удовлетворительные результаты. При слегка болѣзненномъ наружно-внутреннемъ изслѣдованіи весьма легко удается у угла матки найти внутренній конецъ трубы и, проводя его между пальцами обѣихъ изслѣдующихъ рукъ, позволяя ему проскальзывать между ними, мы довольно легко, подвигаясь кнаружи, опредѣляемъ и наружный конецъ трубы, представляющійся при этомъ болѣе толстымъ, расширяющимся и болѣе рыхлымъ, пока наконецъ контуры его постепенно совершенно не изглаживаются; изслѣдованіе причиняетъ извѣстную степень боли, но не настолько, чтобы она препятствовала производству его. Результатъ такого изслѣдованія мнѣ уже не разъ приходилось провѣрять и подтверждать sub laparotomia при кастраціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ salpingitis gonorrhoica уже при болѣе хроническомъ состояніи воспалительнаго процесса и особенно въ случаяхъ смѣшанной инфекціи, пальпація трубъ можетъ дать также удовлетворительныя данныя, указавъ на увеличенный объемъ наружнаго конца трубы и болѣе значительную плотность всего прощупываемаго жгута ея.

Въ остромъ періодѣ при существованіи значительной болѣзненности въ боковыхъ сводахъ мы удерживаемся обыкновенно отъ производства болѣе точнаго наружно-внутренняго изслѣдованія, такъ какъ не разъ уже наблюдали появленіе довольно сильныхъ обостреній съ рѣзкими припадками бокового периметрита. Принимая во вниманіе легкость, съ которою въ этомъ періодѣ заболѣванія можетъ быть обусловлено выхожденіе гноя изъ трубы въ брюшину, при болѣе значительномъ сдавливаніи ея между пальцами, намъ дѣлается понятнымъ возможность

появленія не только обостреній, но и развитіе угрожающихъ симптомовъ болѣе разлитого перитонита.

При облитераціи orificii abdominalis tubae и при скопленіи извѣстнаго небольшого количества жидкости въ ея полости, мы можемъ уже при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи опредѣлить довольно рѣзко выраженное утолщеніе наружнаго конца трубы. При повторныхъ изслѣдованіяхъ такихъ больныхъ легко опредѣляются колебанія объема утолщенной части трубы, стоящія въ связи со степенью наполненія ея жидкостью; такъ наприм., послѣ регулъ и при рѣзко выраженныхъ припадкахъ извѣстныхъ подъ именемъ colica scortorom послѣ приступа болей и опорожненія при этомъ черезъ orficium uterinum tubae большаго или меньшаго количества скопившейся жидкости мы находимъ утолщеніе трубы гораздо менѣе выраженнымъ или совершенно исчезнувшимъ. Подобное колебаніе объема заболѣвшей трубы особенно рѣзко паблюдается при скопленіяхъ болѣе значительной степени, какъ это бываетъ при hydro-pyo-salpinx'ахъ, о которыхъ рѣчь еще впереди на будущей лекціи.

Внутренній маточный конецъ трубы, какъ мы уже сказали, представляется обыкновенно при изслѣдованіи въ формѣ болѣе тонкаго съ болѣе рѣзкими контурами жгута, при salpingitis tuberculosa и иногда при salpingitis catarrhalis на немъ могутъ встрѣчаться мѣстныя утолщенія въ формѣ большей или меньшей величины бугровъ (salpingitis isthmica nodosa), съ анатомическимъ характеромъ которыхъ мы уже познакомились выше. Присутствіе такого рода утолщеній не можетъ быть признаваемо за патогномоническій признакъ для salpintigis tuberculosa, какъ это дѣлаетъ *Hegar,* такъ какъ и при простыхъ катарральныхъ формахъ встрѣчаются при клиническомъ изслѣдованіи такія же образованія, какъ это показали изслѣдованія *Chiari* на секціонномъ столѣ и *Schauta* въ клиникѣ.

Распознаваніе. Время отъ времени обостряющіеся боковые периметриты, имѣющіе въ анамнезѣ безспорное зараженіе гонорройнымъ ядомъ, должны всегда побуждать насъ къ точному изслѣдованію ихъ въ связи съ явленіями dysmenorrhoeae, ме-

norrhagiae, dyspareuniae и анамнестическихъ данныхъ вполнѣ обезпечутъ діагнозъ salpingitidis gonorrhoicae chronicae. Долго продолжающіяся боли внизу живота безъ рѣзкихъ обостреній съ явленіями усиленныхъ потерь крови sub menstruatione, легко опредѣляемыя границы трубы, присутствіе незначительнаго количества асцитической жидкости, иногда явленія dyspareuniae представляютъ болѣе частое сочетаніе придатковъ при salpingitis catarrhalis chronica. Первичныя формы salpingitis tuberculosae могутъ быть нами заподозрѣны при наличности данныхъ со стороны объективнаго изслѣдованія, указывающихъ на утолщеніе и оплотненіе трубы и на присутствіе въ выдѣленіяхъ матки туберкулезныхъ бациллъ. При существованіи туберкулозныхъ заболѣваній въ органахъ груди или живота и при имѣющемся сальпингитѣ возможность, что онъ есть заболѣваніе вторичное, также туберкулозное, представляется далеко нерѣдкою; строго и точно повторно произведенное наружно-внутреннее изслѣдованіе, указывающее на присутствіе мѣстныхъ ограниченныхъ утолщеній въ lig. latum и области, окружающей наружный конецъ трубы, а равно и утолщенія внутренняго ея конца, еще болѣе заставляетъ насъ признать вторичный salpingitis tuberculosa.

Предсказаніе. Катарральныя формы воспаленій трубъ, а также и болѣе легкія гнойныхъ могутъ еще иногда дать исходъ въ выздоровленіе, при чемъ можетъ произойти полная restitutio ad integrum. Болѣе интенсивные-же гнойные сальпингиты переходятъ или въ salpingitis hypertrophica, или-же въ образованіе ретенціонныхъ кистъ фаллопіевой трубы. При самыхъ благопріятныхъ исходахъ при нихъ, а равно и при salpingitis tuberculosa, не смотря на остановку процесса и обратное развитіе продуктовъ воспаленія, полнаго restitutio ad integrum не происходитъ. Прогнозъ нашъ слѣдовательно для всѣхъ случаевъ долженъ быть сдержаннымъ, а для гнойныхъ формъ неблагопріятнымъ, особенно что касается до возможности забеременѣванія. Продолжительность болѣзни должна быть всегда предусматриваема, равно какъ и возможность быстраго появленія обо-

стреній, связанныхъ иногда съ опасными пораженіями брюшины.

Лѣченіе. Въ лѣченіи сальпингитовъ, какъ болѣзни въ большинствѣ случаевъ происхожденія инфекціоннаго, должна играть большую роль профилактика; устраненіемъ возможности зараженія септическими ядами во время родоваго акта, послѣродоваго періода и при выкидышахъ достигается уже значительное пониженіе числа заболѣваній. Тоже относится и къ гонорройному зараженію, при чемъ при этомъ послѣднемъ, если больныя обращаются за врачебною помощью при началѣ болѣзни, еще болѣе или менѣе локализированной въ наружныхъ половыхъ частяхъ и влагалищѣ, можно еще надѣяться соотвѣтственнымъ лѣченіемъ задержать распространеніе заболѣванія на слизистую оболочку полости матки и трубъ.

Благодаря полной недоступности фаллопіевыхъ трубъ для примѣненія мѣстнаго гинекологическаго лѣченія, мы должны volens-nolens ограничиваться только другими методами лѣченія. Въ свѣжихъ, острыхъ случаяхъ сальпингитовъ, при наличности таковаго же пораженія слизистой оболочки полости матки, терапія наша должна быть энергично направлена на эту послѣднюю, но и это только тогда, когда мы еще не подозрѣваемъ скопленія гноя въ каналѣ трубы, при существованіи же этого послѣдняго и при незаросшемъ orificium abdominale tubae всякая манипуляція, необходимая при лѣченіи endometritis, можетъ легко вызвать усиленныя сокращенія мышцъ трубы и обусловить выхожденіе хотя и незначительнаго количества гноя въ полость брюшины, достаточнаго однако для развитія остраго peritonitis lateralis. Поэтому въ большинствѣ случаевъ намъ приходится ограничиваться назначеніемъ строгаго покоя, больная лежитъ въ постели болѣе или менѣе продолжительное время до прекращенія существующихъ болей въ нижней части живота. При болѣе значительной интенсивности этихъ послѣднихъ съ успѣхомъ должны быть назначены ледъ на животъ и наркотическія (опій, морфій) въ формѣ суппозиторій въ прямую кишку; иногда

для прекращенія невыносимой боли оказывается весьма полезнымъ приставленіе піявокъ къ нижней части живота.

При переходѣ заболѣванія въ болѣе хроническое состояніе можетъ быть рекомендованъ отвлекающій методъ лѣченія. Частое смазываніе T-ra jodi нижней части живота или повторныя мушки на эту область даютъ значительное облегченіе больнымъ. Тоже слѣдуетъ сказать и о мѣстныхъ кровоизвлеченіяхъ изъ portio vaginalis скарификаціями, производимыми по два раза въ недѣлю. Въ дальнѣйшемъ теченіи хроническихъ сальпингитовъ являются уже показанія способствовать обратному развитію, restitutio ad integrum, заболѣваній трубы и остатковъ perisalpingitis et perimetritis, при этомъ на первомъ планѣ стоятъ resolventia. Іодъ и его препараты примѣняются во многихъ случаяхъ далеко не безъ благопріятныхъ послѣдствій. Смазыванія tinct. jodi влагалищной части матки и свода влагалища, соотвѣтствующаго заболѣвшей сторонѣ, suppositoria съ kalium jodatum во влагалище, влагалищные тампоны изъ іодоформа (Rp. Jodoformii cumarino desodorati 15,0, Glycerini 150,0), вводимые на 12 или 24 часа даютъ возможность нерѣдко наблюдать уменьшеніе объема воспалительной припухлости заболѣвшей стороны. Съ этою-же цѣлью могутъ быть также назначены компрессы на животъ изъ различнаго рода разсоловъ, содержащихъ въ себѣ незначительную примѣсь іода, а также соленыя или грязевыя ванны. Остатки воспалительныхъ измѣненій при сальпингитахъ весьма хорошо поддаются также настойчивому примѣненію горячихъ влагалищныхъ душъ и при отсутствіи какихъ либо скопленій въ полости трубы разумно примѣненному массажу. Въ теченіе времени существованія dyspareuniae больнымъ должна быть совѣтуема abstinentia coëundi.

Большинство случаевъ распознающихся сальпингитовъ подъ вліяніемъ приведеннаго лѣченія могутъ быть излѣчены на столько, что всѣ безпокоющія больную боли пропадаютъ и остается только болѣе плотный жгутъ на мѣстѣ трубы, который также далеко нерѣдко мало-по-малу пропадаетъ и труба,

по крайней мѣрѣ при гинекологическомъ изслѣдованіи, представляется неизмѣненной. Но встрѣчаются все-таки случаи, относящіеся еще къ сальпингитамъ, лѣченіе которыхъ остается совершенно безплоднымъ или же можемъ получить только временныя облегченія. Къ первымъ относятся salpingitis hypertrophica и нѣкоторыя формы salpingitidis catarrhalis, осложненнаго perimetritide serosa-fibrinosa, ко вторымъ—salpingitis purulenta съ характерными для нея возвращающимися обостреніями периметритовъ; эта послѣдняя форма представляется далеко нерѣдко протекающей весьма долгое время, прежде чѣмъ получится вполнѣ стойкое зарощеніе наружнаго конца трубы и превращеніе ее въ pyosalpinx; обычно-же склейки orificii abdominalis настолько рыхлы, что или при болѣе повышенномъ внутрибрюшномъ давленіи, или-же при болѣе интенсивной перистальтикѣ стѣнокъ трубы легко получается разрывъ склеекъ и гной выступаетъ или свободно въ полость брюшины, или-же между существующими ложными перепонками развиваются болѣе или менѣе рѣзкія острыя воспаленія брюшины на большемъ или меньшемъ протяженіи.

Всѣ только что приведенныя три формы хроническаго сальпингита вызываютъ настолько сильныя боли, существующія постоянно или появляющіяся въ болѣе или менѣе короткіе промежутки времени, что больныя лишены возможности не только производить какія либо физическія работы и такимъ образомъ зарабатывать себѣ кусокъ хлѣба, но иногда неспособны даже просто двигаться и обречены проводитъ почти все время въ кровати; и такъ какъ значительное большинство такихъ больныхъ принадлежитъ къ рабочему классу, то болѣе энергическое и болѣе опасное лѣченіе должно считаться настоятельною для нихъ необходимостью. Успѣхи хирургіи послѣдняго времени даютъ намъ такое. Операція удаленія заболѣвшихъ трубъ путемъ чревосѣченія (laparosalpingoectomia) получила уже полное право гражданства, какъ ultimum refugium въ подобныхъ случаяхъ. Болѣе подробное изложеніе техники производства ея будетъ нами изложено въ слѣдующей лекціи, при лѣченіи ретенціон-

ныхъ кистъ трубы, такъ какъ и при существованіи небольшаго объема такихъ кистъ, производство операціи представляется совершенно аналогично въ обоихъ случаяхъ.

2) Ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ. (Hydrosalpinx. Pyosolpinx. Haematosalpinx. Cystes tubo-ovariales).

Подъ именемъ ретенціонныхъ кистъ фаллопіевой трубы мы понимаемъ болѣе или менѣе значительное скопленіе той или другой жидкости въ полости канала ея при существующей непроходимости его, на любомъ мѣстѣ его протяженія. Опухолеподобныя образованія, происходящія вслѣдствіе скопленія слизистой (катарральной) или прозрачной серозной жидкости, обусловливаютъ развитіе ретенціонной кисты, извѣстной подъ именемъ hydrosalpinx или hydrops tubae, скопленія гноя—такъ называемый pyosalpinx, и крови—haematosalpinx. Относительно нерѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ растянутая и наполненная жидкостью фаллопіева труба, будучи приращена къ яичнику, непосредственно сообщается съ тою или другою кистою, развившеюся въ этомъ послѣднемъ,—образованія извѣстныя подъ именемъ Cystes tubo-ovariales *(Richard).*

Этіологія. Болѣе значительное скопленіе жидкости въ трубѣ можетъ встрѣчаться только при уничтоженіи просвѣта ея на пути нормальнаго физіологическаго стока ея выдѣленій; такъ мы видимъ, что заращеніе одного только ostium uterinum tubae не ведетъ за собою никакихъ скопленій, тогда какъ при его проходимости и при заращеніи только брюшного отверстія тотчасъ же обусловливается застой выдѣленій въ наружномъ концѣ трубы. Какъ мы уже видѣли на предъидущей лекціи, одною изъ главныхъ причинъ, производящихъ obliteratio orificii tubae abdominalis, являются воспаленія, какъ различнаго рода сальпингиты, такъ и воспаленія брюшины данной области (perisalpingitis et perimetritis lateralis). При salpingitis purulenta gonorrhoica или septica такіе заращенія наблюдаются въ весьма большомъ числѣ случаевъ, такъ же часто при salpingitis tuberculosa, при salpingitis

catarrhalis нѣсколько болѣе рѣдко. Кромѣ пріобрѣтенныхъ сращеній, извѣстны случаи врожденные, при которыхъ уже только вслѣдствіе скопленія нормальнаго выдѣленія слизистой оболочки трубы, развиваются довольно значительныхъ размѣровъ опухолеподобныя образованія.

Какъ мы уже сказали, растяженіе трубы скопляющеюся жидкостью начинается обыкновенно съ ея наружнаго конца, чему отчасти также способствуетъ и менѣе значительное количество мышечныхъ элементовъ въ стѣнкѣ этого отдѣла трубы, и только мало-по-малу оно распространяется на внутренній маточный конецъ, представляющійся поэтому всегда меньшаго объема чѣмъ наружный. Въ исключительныхъ случаяхъ облитерація просвѣта трубы, вслѣдствіе-ли заращенія или только перегиба, можетъ находиться на ея протяженіи, и тогда, будетъ-ли то случай пріобрѣтенный или врожденный, скопленіе жидкости, начинаясь тотчасъ за нимъ и растягивая данную часть трубы, оставляетъ ея наружный конецъ совершенно неизмѣненнымъ. Большую роль въ этіологіи развитія ретенціонныхъ кистъ фаллопіевыхъ трубъ играетъ остановка развитія ихъ на степени зародышевой или дѣтской трубы. Съуженія канала на мѣстахъ болѣе рѣзко выраженныхъ спиральныхъ извилинъ, присущія этимъ формамъ трубъ, даютъ легко поводъ къ происхожденію заращеній и полной облитераціи просвѣта.

Ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ, между болѣзнями внутреннихъ половыхъ органовъ женщины, представляются однимъ изъ частыхъ заболѣваній; чаще всего онѣ, подобно сальпингитамъ, встрѣчаются между 20 и 40-лѣтнимъ возрастомъ, но и болѣе поздній возрастъ даетъ еще возможность наблюдать ихъ, хотя и болѣе рѣдко. Pyosalpinx на туберкулезной почвѣ встрѣчается также у дѣвушекъ, даже до наступленія половой зрѣлости. У дѣвочекъ первыхъ лѣтъ жизни могутъ быть находимы pyosalpinx'ы, ведущіе свое начало отъ salpingitis gonorrhoica, пріобрѣтенныхъ подобно conjuctivitis blenorrhoica во время прохожденія черезъ половые пути матери при родовомъ актѣ.

Патологическая анатомія. Ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ представляютъ опухолевидныя образованія, непревышающія обыкновенно величины куринаго или гусинаго яйца, хотя могутъ въ исключительныхъ случаяхъ достигать громадныхъ размѣровъ, какъ мы это увидимъ ниже.—Ретенціонная жидкость, начиная скопляться въ трубѣ въ ея наружномъ концѣ, растягиваетъ его и увеличиваетъ въ объемѣ; это растяженіе, какъ мы уже видѣли, мало-по-малу передается на все протяженіе трубы вплоть до угла матки, но только неравномѣрно, такъ что маточный конецъ ея всегда представляется



Рис. 11. Ретенціонная киста нормально развитой фаллопіевой трубы. (Freund).

болѣе тонкимъ. Смотря потому происходитъ ли такое развитіе ретенціонной кисты въ трубѣ нормально развитой, или же, какъ это бываетъ особенно часто, въ трубѣ, имѣющей, какъ порокъ развитія, форму зародышевой или дѣтской, получаются различные виды наружныхъ очертаній этихъ образованій. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ передъ собою равномѣрно-колбообразно растянутую трубу въ видѣ однополостнаго мѣшка, съуживающагося постепенно къ своему маточному концу (рис. 11), обладающаго на своей поверхности только едва замѣтными мѣстными вдавленіями въ видѣ нерѣзко выраженныхъ перетяжекъ. Въ другомъ же рядѣ случаевъ типъ формы дѣтской трубы рѣзко удерживается, и ретенціонная киста представляется снаб-

женною весьма глубокими перетяжками (рис. 12), остатками спиральныхъ извилинъ дѣтскаго возраста. Вскрывая полость такой ретенціонной кисты, мы видимъ, что она высокими гребнеобразными перегородками раздѣлена на нѣсколько другъ съ другомъ сообщающихся полостей. Наружный видъ такой трубы при скопленіи въ ней жидкости и при рѣзкомъ истонченіи мѣстами ея стѣнокъ напоминаетъ видъ толстыхъ кишекъ, причемъ перетяжки ея весьма удачно симулируютъ такъ называемыя haustra послѣднихъ.



Рис. 12. Ретенціонная киста фаллопіевой трубы сохранившей еще дѣтскую форму (Freund).

Ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ встрѣчаются часто одновременно на обѣихъ сторонахъ, причемъ и степень развитія ихъ можетъ быть приблизительно одинакова. Не достигнувъ еще болѣе значительнаго объема, онѣ помѣщаются обыкновенно сзади матки, въ дугласовомъ пространствѣ, оставляя яичники спереди и кнаружи отъ себя. Увеличиваясь въ объемѣ и не будучи сращены съ окружающими частями, онѣ могутъ легко выходить изъ excavatio recto-uterina и помѣщаться въ полости большого таза; при сращеніяхъ съ заднею поверхностью матки,

онѣ смѣщаютъ матку также до извѣстной степени кверху, обусловливая иногда весьма рѣзкую anteversi'ю ея.

Чистыя катарральныя формы воспаленія трубъ при заращеніи orificii abdominalis и скопленіи выдѣленій, при врожденныхъ atresi'яхъ, обусловливаютъ развитіе ретенціонной кисты, наполненной слизистой или прозрачной серозной жидкостью— hydrops tubae, hydrosalpinx. Содержимое ея въ начальныхъ періодахъ развитія нерѣдко представляется тягучимъ, мутнымъ, даже гноеподобнымъ, вслѣдствіе обильной примѣси цилиндрическаго эпителія поверхности слизистой оболочки; при присоединяющихся незначительныхъ кровотеченіяхъ жидкость окрашивается болѣе или менѣе интенсивно въ красный цвѣтъ— hydrops tubae sanguinolentus. Съ теченіемъ времени, съ постепеннымъ увеличеніемъ количества жидкости, она дѣлается свѣтлѣе и достигаетъ прозрачности ключевой воды, причемъ еще кое-гдѣ приставшими къ стѣнкамъ или въ видѣ осадка могутъ встрѣчаться кристаллы холестеарина и остатки жирно-перерожденныхъ клѣточныхъ элементовъ; химическое изслѣдованіе указываетъ на присутствіе значительнаго количества бѣлка.

Величина опухоли при hydrosalpinx, начиная съ незначительнаго объема, можетъ достигать до величины дѣтской головки и болѣе; извѣстны достовѣрные случаи такихъ опухолей, въ которыхъ количество серозной жидкости достигало до 18 фунтовъ. При незначительномъ еще растяженіи трубы жидкостью, до величины куринаго яйца, стѣнки ея представляются хотя и тоньше нормальныхъ, но еще не чрезмѣрно растянутыми, и мѣстами только встрѣчаются болѣе истонченныя, просвѣчивающія мѣста,особенно на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ верхней выпуклой, болѣе растянутой стѣнкѣ, особенно въ случаяхъ зародышевой или дѣтской формы трубы. Слизистая оболочка нѣсколько истончена; продольныя складки ея еще хорошо выражены въ видѣ продольныхъ невысокихъ гребней, причемъ основаніе ихъ мѣстами значительно истончено и иногда настолько значительно, что получается потеря вещества и мѣстное продыравливаніе, легко пропускающее зондъ средняго калибра. Въ

случаяхъ заращенія orificii abdominalis tubae, путемъ заворота фимбрій въ просвѣтъ трубы, (см. стр. 6), при изслѣдованіи внутренней поверхности мѣшка hydrosalpinx'а удается еще опредѣлить концы ихъ, выстоящіе надъ поверхностью въ видѣ небольшого нароста формы цвѣтной капусты. При болѣе значительной величинѣ hydrosalpinx'а стѣнки его уже весьма сильно истончены, такъ что мѣстами достигаютъ толщины не болѣе листа писчей бумаги; на внутренней поверхности продольныя складки слизистой оболочки совершенно сглажены, эпителій повсюду плоскій, подобно всѣмъ ретенціоннымъ кистамъ другихъ областей въ извѣстной степени ихъ развитія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ растянутой слизистой оболочкѣ были находимы отложенія солей извести въ формѣ тонкихъ пластинокъ, давшихъ поводъ говорить объ образованіи костной ткани.

Salpingitis purulenta, развивающаяся подъ вліяніемъ инфекціи специфическими ядами, при заращеніи orificii abdominalis tubae даетъ поводъ къ образованію гнойныхъ скопленій—pyosalpinx. Величина, до которой достигаютъ мѣшки растянутой трубы, представляется также различной и колеблется отъ величины куринаго яйца до дѣтской головки, въ рѣдкихъ же исключительныхъ случаяхъ она достигаетъ колоссальныхъ размѣровъ. Мнѣ самому пришлось видѣть случай pyosalpinx'а, величина опухоли котораго равнялась большой яичниковой кистѣ и, выполняя нижнюю часть живота, заходила на 4 пальца надъ пупкомъ; препаратъ описанъ болѣе подробно *Е. Маковецкимъ* въ его диссертаціи изъ нашей клиники (Спб., 1888 года, стр. 41); рисунокъ 13 изображаетъ этотъ рѣдкій по своей величинѣ pyosalpinx.

При быстромъ ростѣ ретенціонной кисты трубы, наполненной гноемъ, стѣнки ея подобно hydrosalpinx'у могутъ представляться весьма значительно истонченными; обыкновенно же мы наблюдаемъ, что онѣ утолщаются, какъ на счетъ гипертрофіи мышечной части стѣнки, такъ и вслѣдствіе разращенія соединительной ткани, толщина ихъ при этомъ можетъ достигать до 1,0 и даже

до 2,0 ctm., какъ это и наблюдалось въ только что упомянутомъ случаѣ. Слизистая оболочка въ большей части случаевъ разрушена нагноеніемъ, и на мѣстѣ ея находится слой грануляціонной ткани; въ гипертрофическихъ же формахъ нерѣдко удается находить большіе участки вполнѣ сохранившейся и утолщен-

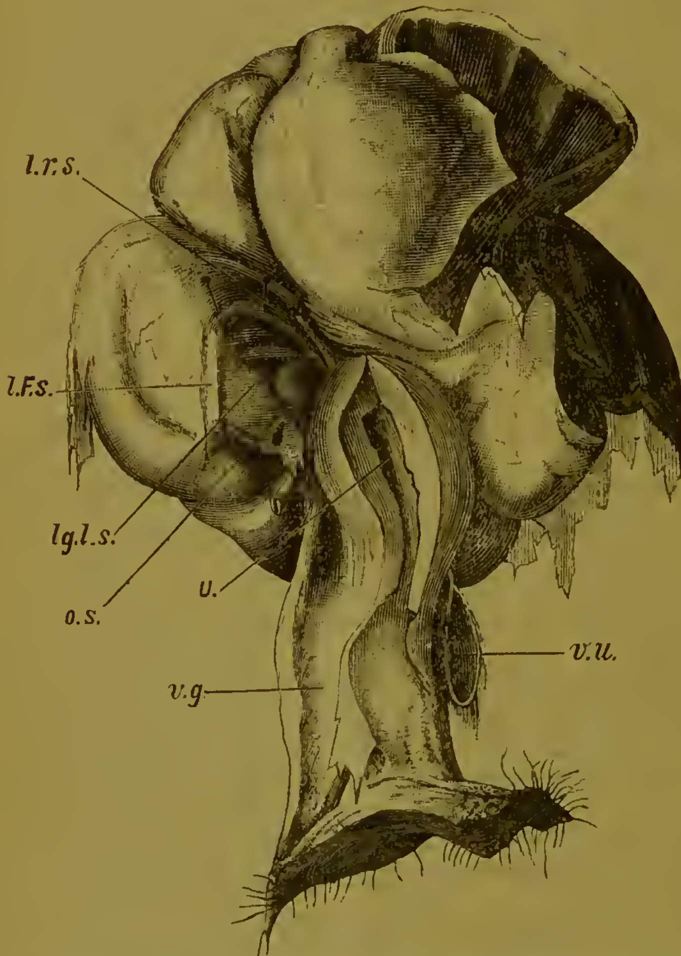


Рис. 13. Pyosalpinx dexter коллосальныхъ размѣровъ. Препаратъ музея нашей клиники, описанный д-ромъ Е. Маковецкимъ. V. G.—влагалище. V. U.—мочевой пузырь. U.—матка. O.S.—лѣвый яичникъ lg. ls.—лѣвая широкая связка. l.F.s.—лѣвая фаллопіева труба. l.r.s.—лѣвая круглая связка.

ной слизистой оболочки, покрытой своимъ цилиндрическимъ эпителіемъ.

Благодаря рано наступающимъ изъязвленіямъ, когда труба еще не сильно растянута содержимымъ, на мѣстахъ перегибовъ, въ случаяхъ остановки развитія ея на дѣтской или зароды-

шевой формѣ, могутъ происходить сращенія прилежащихъ другъ къ другу стѣнокъ, и все протяженіе трубы можетъ представляться раздѣленнымъ такимъ образомъ на нѣсколько отдѣльныхъ, самостоятельныхъ полостей; наружная форма такой трубы при незначительномъ еще растяженіи имѣетъ рѣзко выраженный четкообразный видъ; съ дальнѣйшимъ теченіемъ времени, при скопленіи все большаго количества содержимаго, каждая такая отдѣльная полость превращается въ большей или меньшей величины самостоятельный мѣшокъ (pyosalpinx saccata).

Содержимое pyosalpinx'а представляетъ обыкновенно всѣ особенности гноя, бактеріологическое изслѣдованіе котораго нерѣдко открывало присутствіе не только обыкновенныхъ гноеродныхъ микрофитовъ, какъ Streptococcus pyogenes и Staphylococcus pyogenes aureus и albus, но также, только въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, былъ находимъ Gonococcus *Neisser*'а (*K. Menge*. Ueber die gonorrhoischen Erkrankungen der Tuben und des Bauchfells. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXI, стр. 120). Это относительно болѣе рѣдкое нахожденіе гонококковъ въ гноѣ pyosalpinx'а находитъ себѣ объясненіе въ томъ извѣстномъ фактѣ, что при долгомъ существованіи завѣдомо гонорройныхъ скопленій гонококкъ *Neisser*'а уже не можетъ быть найденъ. Кромѣ упомянутыхъ микроорганизмовъ въ содержимомъ трубы нерѣдко встрѣчаются туберкулозныя бациллы при pyosalpinx tuberculosa и, какъ весьма рѣдкое явленіе, до сихъ поръ только однажды былъ найденъ лучистый грибокъ актиномикоза.

Съ теченіемъ времени, при значительныхъ гнойныхъ скопленіяхъ, эти послѣднія претерпѣваютъ извѣстныя регрессивныя измѣненія и превращаются въ гноевидную жидкую массу, сплошь состоящую изъ мелкозернистаго распада съ еще только кое-гдѣ уцѣлѣвшими остатками клѣточныхъ элементовъ, напоминая собою такимъ образомъ содержимое холодныхъ абсцессовъ. Въ другомъ рядѣ случаевъ наблюдается сгущеніе содержимаго, жидкія части всасываются и относительно спавшаяся, сморщившаяся труба представляется содержащею густую, творогообразную массу мѣстами съ признаками объизвествленія.

Нѣкоторые авторы допускаютъ также возможность превращенія гноя въ серозную жидкость, слѣдовательно, переходъ pyosalpinx'a въ hydrosalpinx,—предположеніе, лишенное еще фактическихъ доказательствъ.

Скопленіе крови въ фаллопіевой трубѣ и образованіе кровяной ретенціонной кисты ея (haematosalpinx) встрѣчается особенно часто при порокахъ развитія влагалища и матки; форма опухоли и ея особенности тѣ же, что при hydro- и pyosalpinx'ѣ. Чистый haematosalpinx при нормально развитыхъ внутреннихъ половыхъ органахъ принадлежитъ уже къ числу болѣе рѣдкихъ явленій и въ большей части случаевъ стоитъ въ связи съ существующею graviditas tubaria. Болѣе значительныя кровотеченія въ полость трубы при заращенномъ orificium abdominale наблюдаются иногда при нѣкоторыхъ отравленіяхъ и у женщинъ, страдающихъ хроническими болѣзнями легкихъ и сердца, равно какъ и въ теченіи нѣкоторыхъ общихъ инфекціонныхъ заболѣваній. Примѣсь крови къ содержимому hydro- или pyosalpinx'a представляется явленіемъ весьма частымъ, hydrops tubae sanguinolentus принадлежитъ къ зауряднымъ случаямъ; при небольшой величинѣ hydrosalpinx'a и еще сохранившейся, не вполнѣ атрофировавшейся слизистой оболочкѣ, менструальный приливъ даетъ обыкновенно незначительныя кровотеченія изъ нея, примѣшивающіяся къ содержимому опухоли и окрашивающими его въ болѣе или менѣе интенсивно красный цвѣтъ. Эта незначительная примѣсь крови весьма скоро исчезаетъ, благодаря быстрому обратному развитію ея, и жидкость hydrosalpinx'a скоро снова дѣлается прозрачною, сохраняя только болѣе или менѣе желтоватый цвѣтъ. Излившаяся въ значительномъ количествѣ и давшая поводъ къ развитію haematosalpinx'a при порокахъ развитія матки кровь, количество которой при каждомъ менструальномъ приливѣ увеличивается, представляетъ намъ тѣ же характерныя измѣненія, какія мы уже видѣли въ скопленіяхъ крови при haematometra и haematocolpos.

На прошлой лекціи, при изложеніи исходовъ сальпингитовъ при заращеніяхъ ostii abdominalis, мы уже видѣли, что при про-

ходимости маточнаго отверстія, подъ вліяніемъ сильной работы мышечныхъ элементовъ стѣнки трубы, токъ жидкости направляется черезъ него въ матку, чтобы быть извергнутымъ наружу. Такое изверженіе жидкости происходитъ или въ малыхъ количествахъ въ весьма короткіе промежутки времени и остается иногда незамѣтнымъ (salpingitis profluens), или же жидкость скопляется въ наружномъ концѣ трубы въ болѣе значительномъ количествѣ, образуетъ ретенціонную кисту съ тѣмъ или другимъ характеромъ содержимаго, и уже только при извѣстномъ достаточномъ его количествѣ происходитъ излитіе его черезъ orificium uterinum tubae въ матку и наружу, причемъ, конечно, объемъ опухоли значительно уменьшается, чѣмъ и объясняется непостоянство объема такихъ опухолей. Возможность такого періодическаго опорожненія содержимаго растянутой трубы извѣстна уже давно и точно доказана, какъ клиническими наблюденіями, такъ и паталого-анатомическими изслѣдованіями. Hydrosalpinx profluens и pyosalpinx profluens наблюдались уже много разъ, періодическое изверженіе кровяной жидкости при haematosalpinx или, вѣрнѣе, hydrops tubae profluens sanguinalentus, встрѣчающійся иногда въ старческомъ возрастѣ отъ 60 до 80 лѣтъ, давалъ уже поводъ къ толкованіямъ о возвращеніи періодическихъ кровотеченій изъ матки, якобы, менструальнаго характера.

Въ большинствѣ случаевъ ретенціонныхъ кистъ фаллопіевой трубы, достигшихъ извѣстной степени своего развитія маточное отверстіе представляется также непроходимымъ, или вслѣдствіе его station заращенія, какъ результатъ воспалительныхъ процессовъ, или же вслѣдствіе его сдавленія тою или другою опухолью, развившеюся или въ слизистой оболочкѣ данной области (полипозныя образованія, известковые конкременты), или же въ стѣнкахъ матки (фибро-міомы); или же, наконецъ, при сильныхъ, фиксированныхъ ложными перепонками смѣщеніяхъ фаллопіевой трубы въ Дугласово пространство, она у мѣста своего входа въ матку такъ сильно перегнута, что сообщеніе съ полостью матки совершенно прекращено. Въ этихъ случаяхъ жид-

кость, скопляющаяся въ трубѣ и не имѣющая никакого стока наружу, обусловливаетъ растяженіе ея ad maximum, и, если процессъ не останавливается на извѣстной только степени развитія, неизбѣжно происходитъ разрывъ стѣнки трубы, и жидкость свободно изливается въ полость брюшины. При hydrosalpinx, содержащемъ въ себѣ въ большинствѣ случаевъ совершенно индифферентную для брюшины жидкость, такой исходъ можетъ быть разсматриваемъ иногда, какъ исходъ въ выздоровленіе, такъ какъ скопленіе жидкости въ трубѣ вновь происходитъ далеко не всегда. Разрывъ pyosalpinx'а, происходящій нерѣдко и при весьма толстыхъ, гипертрофированныхъ стѣнкахъ, обусловливается въ этихъ случаяхъ обыкновенно изъязвленіями, начинающимися со слизистой оболочки. Смотря по качеству и количеству гноя, попавшаго при этомъ въ полость брюшины, мы имѣемъ передъ собою ту или другую форму перитонита, остающагося или мѣстнымъ, или же распространяющагося на всю брюшину и нерѣдко быстро убивающаго больную. Разрывъ haemotosalpinx'а вызываетъ обыкновенно также весьма угрожающія явленія, вслѣдствіе развивающагося общаго перитонита, какъ это уже не разъ наблюдалось при порокахъ развитія половыхъ органовъ; смертельные исходы не представляются рѣдкими. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ дѣло ограничивается развитіемъ большей или меньшей величины заматочной кровяной опухоли (haematocele retrouterinum), какъ это нерѣдко наблюдается при graviditas tubaria.

Какъ при сальпингитахъ, такъ и при дальнѣйшемъ ростѣ ретенціонныхъ кистъ фаллоніевой трубы, особенно при pyosalpinx'ѣ, замѣчаются болѣе или менѣе интенсивныя и разлитыя воспаленія брюшины, покрывающей трубы (perisalpingitis) и органы къ ней прилежащіе (perimetritis lateralis, вообще); результатомъ этихъ воспаленій наблюдается обычно развитіе въ большемъ или меньшемъ количествѣ ложныхъ перепонокъ, обусловливающихъ сращенія растянутой и превращенной въ кисту трубы съ маткою, яичникомъ, брюшиною Дугласова пространства, петлями кишекъ и другими сосѣдними органами. Сраще-

нія могутъ быть настолько плотными и разлитыми, что разъединить органы удается только съ большимъ трудомъ даже при препаровкѣ на секціонномъ столѣ. Благодаря присутствію такихъ сращеній съ переднею брюшною стѣнкою или съ полыми органами, какъ кишки, мочевой пузырь и влагалище, скопленія гноя въ трубѣ прокладываютъ себѣ путь по направленію кнаружи, и такимъ образомъ наблюдаются опорожненія гноя черезъ переднюю брюшную стѣнку или въ одинъ изъ сказанныхъ полыхъ органовъ (*J. Veit.* Zeitschrf. f. Geb. u. Gyn. Bd. 16. 1889). При сообщеніяхъ ретенціоннаго мѣшка трубы съ прямою кишкою или S romanum иногда едва видимымъ отверстіемъ, становится совершенно понятнымъ присутствіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ pyosalpinx'а большого количества зловоннаго газа.

Путемъ же сращенія наружнаго расширеннаго конца трубы съ яичникомъ обусловливается въ большинствѣ случаевъ образованіе трубно-яичниковыхъ кистъ, описанныхъ впервые *Ad. Richard*'омъ въ 1853 году (*«Sur la communication de certains kystes de l'ovaire dans la trompe utérine. Kyste tubo-ovariens»; Mémoires de la Société de Chirurgie, T. III, 1853, стр. 121).* Трубно-яичниковыя кисты состоятъ изъ слившихся двухъ полостей, одной меньшей, принадлежащей расширенной трубѣ, и другой — большей — кистѣ яичника. По своей формѣ и положенію онѣ представляютъ весьма много общаго съ простыми ретенціонными кистами фаллопіевой трубы (см. рис. 14); подобно этимъ послѣднимъ онѣ могутъ встрѣчаться также одновременно на обѣихъ сторонахъ. Величина ихъ зависитъ главнымъ образомъ отъ величины кисты яичника, которая можетъ представляться крайне разнообразной, такъ какъ въ составъ трубно-яичниковой кисты могутъ входить нетолько однополостныя кисты яичника, но и сложныя, многополостныя кистомы, одна изъ полостей которыхъ можетъ находиться въ непосредственномъ свободномъ сообщеніи съ полостью растянутой трубы. Анатомическое изслѣдованіе показываетъ, что стѣнка трубы непосредственно переходитъ и сливается со стѣнкою кисты яичника; если эта послѣдняя еще не очень велика

и развилась более или менѣе центрально въ его ткани, то яичникъ представляется уплощеннымъ, растянутымъ, составляющимъ собою всю стѣнку кисты, вплоть до мѣста сращенія съ трубою. *Burner («Ueber Tuboovarialcysten», Diss. inaug., Berlin, 1880)* удалось доказать въ одномъ подобномъ случаѣ присутствіе граафовыхъ пузырьковъ въ яичниковой части стѣнки трубно-яичниковой кисты.

Весьма важнымъ для характера и исторіи развитія каждаго даннаго случая служитъ точное опредѣленіе мѣста положенія



Рис. 14. Трубно-яичниковая киста. (Martin). a—матка. c—влагалище. d.d.e.—трубно-яичниковая киста лѣвой стороны. d.—правая круглая связка. f.f.—hydrosalpinx dexter. g.—правый яичникъ.

фимбрій бывшаго брюшнаго отверстія трубы. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ присутствіе ихъ можетъ быть доказано, въ другомъ же онѣ вовсе не могутъ быть найдены. Если присутствіе ихъ можетъ быть доказано на препаратѣ, то при этомъ замѣчаются двѣ возможности ихъ мѣста нахожденія: онѣ или помѣщаются внутри кисты, или же обхватываютъ яичникъ снаружи. Въ первомъ случаѣ на границѣ перехода трубной части кисты въ яичниковую, имѣющей обычно видъ перехвата, онѣ представляются или свободно плавающими въ жидкости, или же приращенными къ внутренней поверхности яичниковой части

кисты, какъ это шематически изображено на прилагаемомъ рисункѣ (рис. 15).

Такое различное отношеніе фимбрій указываетъ намъ на различный способъ ихъ происхожденія. Въ случаѣ, когда эти послѣднія находятся внутри кисты, мы должны совершенно согласиться съ теоріей происхожденія трубно-яичниковыхъ кистъ, данною *Burnier*'омъ (l. c.) и вышедшей изъ клиники



Рис. 15. Трубно-яичниковая киста. Шема по Burnier. O.—остатки ткани яичника. T.—фаллопіева труба. F.—фимбріи трубы.

покойнаго *C. Schroeder*'а. Въ этомъ рядѣ случаевъ дѣло происходитъ такъ, что ostium abdominale tubae зарастаетъ путемъ заворота фимбрій въ просвѣтъ ея (см. стр. 6), начинаетъ развиваться hydrops tubae, въ это же время въ прилежащей части соотвѣтствующаго яичника развивается небольшая однополостная киста, происходитъ сращеніе этой послѣдней какъ разъ съ заращеннымъ брюшнымъ отверстіемъ трубы. Съ теченіемъ времени ткани, отдѣляющія другъ отъ друга обѣ полости, истончаются и, наконецъ, атрофируются, происходитъ соединеніе обѣихъ полостей, причемъ отверстіе въ трубѣ происходитъ въ

новообразованной ткани, служившей спайкою завернувшихся фимбрій; фимбріи дѣлаются свободными и плаваютъ въ жидкости, или же, выворачиваясь въ ниже-лежащую яичниковую часть кисты, прирастаютъ къ ея внутренней поверхности. Въ другомъ рядѣ случаевъ, какъ это наблюдали уже *Richard* и *G. Veit,* фимбріи, помѣщаясь на поверхности яичника, вслѣдствіе присоединяющихся воспалительныхъ процессовъ прирастаютъ къ нему, и этимъ путемъ происходитъ облитерація брюшного отверстія трубы, въ просвѣтъ которой затѣмъ уже вскрывается развившаяся однополостная киста яичника. При долго существующемъ hydrosalpinx'ѣ далеко нерѣдко приходится наблюдать, что на мѣстѣ заращенія брюшного отверстія трубы нельзя доказать присутствія фимбрій, на столько эта область измѣнена подъ вліяніемъ слипчивыхъ воспаленій. Съ другой стороны, нерѣдки также случаи кистъ яичника, къ одной изъ стѣнокъ которыхъ весьма плотно приращена и какъ бы переходитъ въ нее такая растянутая, наполненная жидкостью труба, непредставляющая уже и слѣдовъ бывшаго ostium abdominale. Въ подобныхъ случаяхъ съ теченіемъ времени наблюдается атрофія стѣнки, отдѣлявшей обѣ полости на любомъ мѣстѣ на протяженіи прилегающей и приращенной трубы, и происходитъ трубно-яичниковая киста, въ которой присутствіе фимбрій не можетъ быть доказано, но слѣды бывшихъ мѣстныхъ воспаленій брюшины ясно свидѣтельствуютъ о способѣ ея происхожденія (наблюденія изъ клиники *Olshausen*'а: *Wachsmuth, «Zur Aetiologie der Tuboovarialcysten», Diss inaug, Halle, 1885*).

Къ этой-же категоріи случаевъ относится вскрытіе абсцесса яичника въ прилежащую приращенную трубу, представляющеюся иногда также въ состояніи pyosalpinx'а, и случаи самопроизвольнаго излѣченія извѣстнаго рода кистъ яичника вскрывающихся въ растянутую и приращенную трубу.

Кромѣ только что приведенныхъ случаевъ возможности происхожденія трубно-яичниковыхъ кистъ, встрѣчаются еще случаи, поражающіе полнымъ отсутствіемъ слѣдовъ бывшихъ

воспаленій, такъ что является вопросъ о порокѣ развитія трубно-яичниковой области. Нисколько не противорѣча существующимъ теоріямъ эмбріональнаго развитія этой области, можно допустить, что труба можетъ непосредственно переходить въ ткань яичника, не представляя совершенно брюшного отверстія. Подобный порокъ развитія, такая яичниковая труба («Ovarial-tube») можетъ, конечно, современемъ быть мѣстомъ, въ которое произойдетъ перфорація развившейся кисты яичника, и мы будемъ имѣть предъ собою трубно-яичниковую кисту, не представляющую и слѣда воспалительныхъ явленій на мѣстѣ перехода трубы въ яичникъ, равно какъ и фимбріи не будутъ найдены *(Beaucamp, «Ueber Tubo-ovarialschwangerschaft»;* изъ клиники *C. Schroeder'*a, въ *«Zeitschrift für Geb. и Gyn», Bd. X. 1884, стр. 212).* Эта послѣдняя категорія случаевъ представляетъ весьма большой интересъ съ точки зрѣнія происхожденія нѣкоторыхъ видовъ яичниковыхъ беременностей; случаи, описанные *Beaucamp'*омъ и *Vulliet'*омъ, *(«Archiv f. Gyn», XXII, стр. 427),* представляютъ весьма вѣроятнымъ предположеніе о возможности разрыва граафова пузырька и выхода яйца прямо непосредственно въ полость такой трубно-яичниковой кисты, о его оплодотвореніи, задержкѣ и дальнѣйшемъ развитіи въ трубномъ ея концѣ.

Трубно-яичниковыя кисты при существованіи проходимости маточнаго отверстія трубы представляютъ еще тотъ практическій интересъ, что онѣ могутъ обусловливать излитіе содержимаго кисты яичника въ полость матки и наружу и давать такимъ образомъ, быть можетъ, иногда случаи самопроизвольнаго излѣченія нѣкоторыхъ однополостныхъ кистъ яичника. Такой hydrops ovariorum profluens служитъ несомнѣнно для многихъ случаевъ причиною, почему величина трубно-яичниковыхъ кистъ большею частью не бываетъ велика, и почему часто приходится встрѣчать эти кисты съ весьма ненапряженными, дряблыми стѣнками.

Припадки и теченіе болѣзни. Hydrops tubae въ нѣкоторыхъ случаяхъ заращенія обоихъ отверстій, достигая извѣстной

степени развитія, представляетъ опухоль съ куриное или гусиное яйцо съ истонченными стѣнками и прекратившимся дальнѣйшимъ выдѣленіемъ жидкости, и слѣдовательно, не увеличиваясь болѣе въ объемѣ, можетъ существовать весьма долгое время не вызывая никакихъ болѣзненныхъ припадковъ, и только въ анамнезѣ мы находимъ жалобы, указывающія на бывшую salpingitis catarrhalis. Извѣстная, уже болѣе значительная величина опухоли начинаетъ давать себя чувствовать, какъ таковая; больная жалуется на извѣстное чувство тяжести внизу живота и на припадки, вызываемые давленіемъ опухоли на сосѣднія части и на нервы нижнихъ конечностей; при сочетаніи неблагопріятныхъ условій со стороны бывшихъ сращеній опухоли съ окружающими частями могутъ развиться явленія ущемленія; такъ, ущемленный въ маломъ тазу и фиксированный въ немъ сращеніями hydrosalpinx въ случаѣ *Guillet*'а (*«Gazette médicale de Paris», 1887)* обусловилъ сдавленіе мочевого пузыря и лѣваго мочеточника на столько, что кромѣ лѣваго гидронефроза развились cystitis et uretero-pyelitis, давшіе летальный исходъ.

Присутствіе воспалительныхъ измѣненій въ брюшинѣ, покрывающей ретенціонную опухоль, и въ окружающихъ ее частяхъ вызываетъ комплексъ припадковъ, свойственныхъ всѣмъ периметритамъ. Незначительныя смѣщенія заболѣвшихъ частей вызываютъ болѣе или менѣе сильныя боли. Боли при ходьбѣ и при всякой болѣе усиленной работѣ брюшного пресса дѣлаютъ больныхъ совершенно неспособными ни къ какому физическому труду.

Актъ дефекаціи иногда весьма болѣзненъ, равно какъ и частые позывы на мочу наблюдаются далеко нерѣдко, особенно въ случаяхъ pyosalpinx'а. Dyspareunia выражена рѣзко. Благодаря присутствію значительныхъ воспалительныхъ измѣненій вокругъ матки и въ яичникахъ, менструальныя кровотеченія дѣлаются неправильными; вслѣдствіи присоединяющихся хроническихъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ матки появляются meno-et metrorrhagiae. Кромѣ болей во время регулъ (dysme-

norrhoea), зависящихъ отъ обостренія воспалительныхъ процессовъ, въ это время появляются еще въ нѣкоторыхъ случаяхъ рѣзкія схваткообразныя боли dysmenorrhoeae spasmodicae, вслѣдствіе развивающихся усиленныхъ сокращеній мышечной стѣнки трубы въ случаяхъ гипертрофическаго pyosalpinx'а. Постояннымъ спутникомъ всѣхъ видовъ ретенціонныхъ кистъ фаллопіевыхъ трубъ наблюдается безплодіе—impotentia concipiendi, какъ результатъ полной непроходимости ихъ.

При существованіи полной проходимости внутренняго, маточнаго отверстія трубы содержимое ретенціонной кисты изливается время отъ времени наружу, и мы наблюдаемъ больныхъ, жалующихся на неправильно періодически появляющіяся истеченія изъ половыхъ органовъ. Нерѣдко съ появленіемъ этихъ истеченій больныя перестаютъ жаловаться на сильныя, спазматическія боли внизу живота, отдающія въ крестецъ и иррадіирующія въ нижнія конечности. Какъ количество, такъ и качество изливающейся жидкости бываютъ различны. Жидкость изливается или вдругъ въ болѣе значительномъ количествѣ, или же мало-по-малу въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени; характеръ ея или слизистый, или серозный, болѣе или менѣе безцвѣтный или кровянистый, или же гнойный, смотря потому, имѣется ли въ данномъ случаѣ hydrosalpinx, haematosalpinx или pyosalpinx. Мы уже упоминали, что истеченія чрезъ извѣстные сроки кровянистой жидкости у старухъ 60—80 лѣтъ отъ роду, имѣвшихъ hydrops tubae sanguinolentus profluens, могутъ быть принимаемы за якобы развившіяся вновь менструальныя кровотеченія. Pyosalpinx profluens былъ наблюдаемъ также при относительно острыхъ заболѣваніяхъ въ послѣродовомъ періодѣ *(И. Тарновскій, «Salpingitis puerperalis. Pyosalpinx», «Врачъ», 1882, №№ 45 и 46)*. Періодически появляющіяся истеченія изъ наружныхъ половыхъ частей слизистой, серозной, гнойной и кровянистой жидкости встрѣчаются, какъ извѣстно, и при другихъ заболѣваніяхъ внутреннихъ половыхъ органовъ, существеннымъ же отличіемъ истеченій при ретенціонныхъ кистахъ фаллопіевыхъ трубъ

является уменьшеніе въ объемѣ существующей опухоли, констатируемое наружно-внутреннимъ гинекологическимъ изслѣдованіемъ каждый разъ послѣ имѣвшаго мѣсто истеченія. Болѣе часты случаи, въ которыхъ опорожненіе происходитъ нетолько безболѣзненно, но и жидкость, изливающаяся черезъ матку наружу, остается незамѣченной больными, а такъ какъ подобныя опорожненія легче и чаще всего наступаютъ во время менструальныхъ кровотеченій, какъ на это указывалъ еще въ 1879 г. *Chadwik* (Transactions of the american gynaekological society. 1879), то дѣлается совершенно понятнымъ, почему они остаются незамѣченными со стороны больныхъ и могутъ быть констатированы только при повторныхъ изслѣдованіяхъ лѣчащимъ врачемъ, замѣчающимъ болѣе или менѣе рѣзкія колебанія въ величинѣ опухоли ретенціонной кисты фаллопіевой трубы.

Въ теченіе долго длящейся болѣзни въ нѣкоторыхъ случаяхъ намъ приходится наблюдать совершенно обратное, а именно: увеличеніе объема ретенціонной опухоли, совпадающее преимущественно со временемъ появленія менструаціи. Это увеличеніе можетъ быть только незначительно и повторяться нѣсколько разъ, или же оно весьма значительно и развивается внезапно и быстро. Въ первомъ случаѣ оно зависитъ отъ столь часто наблюдающагося обостренія воспалительныхъ процессовъ sub menstruatione, связаннаго съ незначительнымъ увеличеніемъ количества содержимаго и не представляющаго обыкновенно никакихъ дурныхъ послѣдствій; во второмъ же случаѣ опухоль крайне напряжена, значительно увеличена и болѣзненна вслѣдствіе происшедшаго болѣе значительнаго кровоизліянія въ ея полость (случаи graviditatis tubariae). Количество излившейся крови можетъ быть настолько велико, что развиваются припадки общей острой анэміи; стѣнки кисты иногда не выдерживаютъ быстро происходящаго чрезмѣрнаго растяженія, разрываются, и все содержимое опухоли изливается въ полость брюшины; положеніе больной можетъ быть при этомъ настолько опаснымъ и безвыходнымъ, что оно даетъ всѣ показанія къ

производству немедленной laparotomiae съ цѣлью остановки кровотеченія и удаленія иногда далеко не индифферентной жидкости изъ полости брюшины.

Присоединяющееся нагноеніе стѣнокъ опухоли при hydro- и haematosalpinx'ѣ, а равно обостреніе уже существующаго при pyosalpinx'ѣ, даетъ также увеличеніе опухоли, по происходящее гораздо болѣе медленно, сопровождающееся ощущеніемъ сильныхъ болей и лихорадкою, начинающеюся обыкновенно знобомъ и представляющею впослѣдствіи ремиттирующій типъ, свойственный всѣмъ нагноеніямъ вообще. Въ настоящее время существуютъ еще только попытки, по характеру наблюдаемой лихорадки, дифференцировать pyosalpinx gonorrhoica отъ скопленій гноя въ трубѣ, развивающихся подъ вліяніемъ присутствія Streptococc'овъ. Такъ *Zweifel* (Ueber Salpingo—oophorectomie. Archiv f. Gynaek. XXXIX, стр. 353) обращаетъ вниманіе на постоянное появленіе лихорадочныхъ движеній у больныхъ имѣющихъ streptococc'а въ гноѣ pyosalpinx'а, тогда какъ больныя съ pyosalpinx gonorrhoica, лежа покойно въ постелѣ, не лихорадятъ, и только послѣ какихъ-либо механическихъ инсультовъ температура сразу поднимается и скоро вновь падаетъ.

Окружающая опухоль брюшина воспаляется, или бывшія уже воспалительныя явленія обостряются, и получаются обширныя сращенія. Въ теченіе болѣе интенсивныхъ нагноеній внутренней поверхности ретенціонной кисты, протекающихъ съ рѣзко выраженной лихорадкой и сильными болями, въ полости малаго таза весьма часто приходится наблюдать наступающую перфорацію стѣнки pyosalpinx'а. *Lawson Tait* (см. дисс. *Е. Маковецкаго,* стр. 18) считаетъ возможнымъ допустить ее въ половинѣ всѣхъ случаевъ (50%). Разрывъ стѣнки pyosalpinx'а вслѣдствіе изъязвленій при обострившемся нагноеніи только относительно рѣдко происходитъ въ свободную полость брюшины, болѣе же часто стѣнка оказывается сращенною съ окружающими органами, или настолько значительно покрытою многочисленными ложными перепонками, что изливающійся гной, прокладывая себѣ дорогу между ними и вызывая слип-

чивое воспаленіе все на большомъ протяженіи, можетъ достигнуть до передней брюшной стѣнки и только здѣсь проложитъ себѣ путь наружу; нерѣдко наблюдаются также случаи перфораціи pyosalpinx'а въ сосѣдніе полые органы—кишки, мочевой пузырь и влагалище.

Незначительныя скопленія гноя въ трубѣ могутъ существовать весьма долгое время, причемъ процессъ нагноенія можетъ пріостановиться, и помѣщающійся свободно въ полости трубы гной подвергнуться своимъ регрессивнымъ измѣненіямъ и, наконецъ, теряя мало-по-малу жидкія составныя части, превратиться въ густую творого-образную массу,—такой исходъ, наблюдавшійся нѣкоторыми авторами, долженъ быть отнесенъ къ благопріятнымъ, къ исходамъ въ относительное выздоровленіе.

Развивающійся при гинатрезіяхъ haematosalpinx представляетъ весьма характерныя увеличенія объема опухоли, совпадающія съ періодомъ менструальныхъ кровотеченій; разрывы его стѣнки встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ при hydrosalpinx'ѣ.

Продолжительность теченія болѣзни относительно велика, и больныя обращаются къ намъ, страдая уже долго только что описаннымъ комплексомъ припадковъ, выраженныхъ болѣе или менѣе интенсивно.

О. Шлезингеръ въ своей диссертаціи изъ нашей клиники (*«Къ вопросу о лѣченіи болѣзней фаллопіевыхъ трубъ чревосѣченіемъ»*, 1887 г.) могъ собрать 69 случаевъ съ указаніемъ продолжительности болѣзни, въ которыхъ было выведено, какъ среднее число, $5^3/_4$ года. При столь длительномъ теченіи болѣзни, связанномъ съ ощущеніемъ постоянныхъ, увеличивающихся болей, съ нарушеннымъ типомъ менструацій, усиленной потерею крови и подчасъ съ присутствіемъ гнойника въ полости малаго таза, больныя представляются изнуренными, блѣдными, съ осунувшимися чертами лица, съ крайне разстроенной нервной системой, дающей различныя фазы развитія истерическихъ состояній. Правильность питанія и кроветворенія значительно

нарушена. Проводя большую часть времени въ кровати и боясь произвести лишнее движеніе, страдая различнаго рода невралгическими болями, не имѣя ни аппетита, ни порядочнаго сна, такія больныя производятъ впечатлѣніе несчастныхъ мучениц, обреченныхъ на неопредѣленно продолжительное время переносить свои страданія, не имѣя даже достаточно обоснованной надежды увидѣть имъ когда-либо конецъ, не подвергнувшись оперативному лѣченію, связанному всетаки съ извѣстнымъ, хотя-бы и малымъ, рискомъ для ихъ жизни.

Объективное изслѣдованіе и распознаваніе. Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе въ большинствѣ случаевъ ретенціонныхъ кистъ фаллопіевой трубы, недостигшихъ болѣе значительныхъ размѣровъ и обусловившихъ значительныя свѣжія воспаленія окружающей брюшины, даетъ только въ результатѣ данныя, относящіяся къ присутствію периметрическихъ эксудатовъ. Присутствіе этихъ послѣднихъ настолько затемняетъ контуры опухоли (*К. Славянскій.* «Perimetritis lateralis и его лѣченіе». «Журналъ Акуш. и Женск. болѣзней», 1888. II, стр. 272), что она точно опредѣлена быть не можетъ, и только съ теченіемъ времени, послѣ происшедшаго болѣе или менѣе полнаго всасыванія ихъ, присутствіе опухоли можетъ быть несомнѣнно доказано.

Въ случаяхъ же, не осложненныхъ болѣе значительно выраженными перитоническими воспаленіями, обыкновенно приходится находить мѣшокъ hydro-или pyosalpinx'а лежащимъ въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ и нѣсколько сбоку матки; опухоль или слегка болѣзненна при давленіи, или же совершенно безболѣзненна, консистенція ея эластична, съ глубокой, неясно выраженной флюктуаціей, иногда же настолько плотна, что симулируетъ солидную опухоль. Форма опухоли ретенціонной кисты трубы, вообще, если только она не чрезмѣрно затемнена присутствіемъ многочисленныхъ ложныхъ перепонокъ, весьма характерна; она не шарообразна, но удлинена, напоминая вздутую кишку, или же колбообразна; самая широкая и объемистая часть ея принадлежитъ наружному концу трубы и,

мало-по-малу съуживаясь, она переходитъ въ одинъ изъ угловъ матки.

Изъ анатоміи мы уже знаемъ, что протяженіе ея весьма часто не прямое, но что она представляетъ многочисленные перегибы, иногда выраженные весьма рѣзко, вслѣдствіе близкаго прилеганія другъ къ другу стѣнокъ перегнутыхъ ея частей, иногда представляющихся даже сращенными между собою; эти мѣста при гинекологическомъ изслѣдованіи и особенно при изслѣдованіи per rectum представляются въ видѣ довольно отчетливо выраженныхъ бороздокъ, напоминая собою haustra толстыхъ кишекъ. Нѣкоторые случаи pyosalpinx'а, особенно развившагося на туберкулезной почвѣ и недостигшаго еще значительной величины, представляютъ мѣстныя вздутія трубы, располагающіяся въ видѣ четокъ, весьма хорошо и ясно опредѣляемыхъ при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи. Внутренній конецъ трубы въ значительномъ большинствѣ случаевъ представляется нерастянутымъ; если же растяженіе его имѣетъ мѣсто, то оно только весьма незначительно, такъ что онъ при изслѣдованіи можетъ быть прощупанъ, какъ отдѣльный, довольно плотный жгутъ, идущій отъ опухоли къ дну матки; присутствіе такого жгута весьма характерно для ретенціонныхъ опухолей трубы, и констатированіе его есть почти одно изъ условій sine qua non при постановкѣ ихъ діагноза.

Подвижность опухоли, абстрагируя присутствіе сращеній и принимая во вниманіе только случаи, при которыхъ онѣ не играютъ въ этомъ отношеніи существенной роли, представляется двоякой: или опухоль только слегка подвижна и не можетъ быть выведена изъ полости малаго таза, или же подвижность ея велика и допускаетъ совершенно свободно весьма значительныя передвиженія. Въ первомъ случаѣ, мы имѣемъ дѣло обыкновенно съ ретенціонною опухолью, ростъ которой обусловилъ значительное укороченіе широкой связки, вслѣдствіе того, что опухоль развилась отчасти интралигаментарно, и нижній отрѣзокъ ея представляется покрытымъ брюшиною разошедшихся обѣихъ пластинокъ этой связки. Во-второмъ случаѣ это большею частью hydro-

salpinx, неимѣющій никакихъ сращеній съ окружающими частями и локализированный только въ наружномъ концѣ трубы, причемъ опухоль, имъ образованная, достигаетъ величины куринаго яйца и больше, вся же остальная часть трубы не измѣнена и вытянута въ длину, образуя вмѣстѣ съ широкою связкою нѣчто вродѣ хирургической ножки опухоли. Присутствіе ложныхъ перепонокъ и сращенія, ими обусловливаемыя, мѣняютъ настолько подвижность опухоли, что она можетъ представляться потерявшей совершенно свою подвижность и смѣщается лишь только вмѣстѣ съ маткою, или же располагается въ Дугласовомъ пространствѣ совершенно неподвижно, будучи тѣсно связана со всѣми окружающими частями.

Ощупывая при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи опухоль, образованную одной изъ ретенціонныхъ кистъ трубы, иногда удается довольно легко опредѣлить присутствіе яичника данной стороны, въ формѣ характернаго продольно-овальнаго тѣла, близко прилежащаго къ опухоли, обыкновенно спереди и снаружи и отличающагося отъ нея различіемъ своей плотности. Весьма часто, однако, присутствіе яичника доказать не удается, такъ какъ онъ представляется также измѣненнымъ находящимися въ немъ кистами, нерѣдко по величинѣ и плотности своей ничѣмъ неотличающимся отъ отдѣловъ ретенціонной кисты трубы. Присутствіе опредѣляемаго яичника представляется весьма важнымъ въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда киста трубы имѣетъ совершенно шарообразный видъ, какъ это наблюдается при развитіи ея на протяженіи трубы при мѣстной непроходимости, причемъ наружный конецъ послѣдней остается неизмѣненнымъ.

При pyosalpinx saccata и особенно туберкулезнаго происхожденія отдѣльныя четко-образныя вздутія трубы нерѣдко могутъ представлять различную консистенцію, однѣ изъ нихъ болѣе мягки, чѣмъ другія, что̀ обусловливается, какъ различною давностью процесса, такъ и тѣмъ обстоятельствомъ, что рядомъ съ опухолью бугорковаго pyosalpinx'а можетъ существовать ретенціонная киста, содержащая только жидкій гной. При изслѣдованіи случаевъ туберкулезныхъ pyosalpinx'овъ не-

рѣдко удается опредѣлять присутствіе бугорковыхъ гнѣздъ различной величины, какъ въ широкихъ маточныхъ связкахъ, такъ и между ложными перепонками, въ видѣ болѣе или менѣе значительной величины узелковъ довольно плотной консистенціи; подобные же узелки въ формѣ утолщеній наблюдаются и на нерасширенномъ внутреннемъ, маточномъ концѣ трубы, но на этомъ мѣстѣ они не могутъ считаться за явленія характерныя для бугорчатки трубы, какъ мы уже упоминали объ этомъ выше (см. стр. 19).

При повторныхъ изслѣдованіяхъ, въ случаяхъ двухсторонняго присутствія ретенціонной кисты трубы, при открытомъ orificium uterinum tubae, приходится нерѣдко констатировать уменьшеніе объема и иногда почти полное исчезновеніе бывшей опухоли на одной сторонѣ, при чемъ исчезновеніе это можетъ чередоваться такимъ образомъ, что во время одного изслѣдованія опухоль съ правой стороны представляется исчезнувшей, а при слѣдующемъ исчезаетъ лѣвая, тогда какъ правая можетъ быть находима опять въ своемъ прежнемъ состояніи или даже еще болѣе увеличенною. Такого рода періодическое исчезновеніе или уменьшеніе объема опухоли ретенціонной кисты трубы стоитъ въ зависимости отъ частичнаго или полнаго опорожненія ея содержимаго черезъ ostium uterinum tubae, и при опухоляхъ небольшого объема количество извергающейся жидкости бываетъ такъ незначительно, что легко остается незамѣченнымъ какъ больною, такъ и окружающими ее. Особенно часто подобныя опорожненія опухолей наблюдаются во время, до или послѣ менструальнаго кровотеченія. Примѣняя расширеніе полости матки разбухающими веществами, мы можемъ нерѣдко въ подходящихъ случаяхъ искусственно, по желанію, опорожнять содержимое такихъ ретенціонныхъ опухолей трубы (см. *Dolcris*. «Salpingite et castration. Evacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation et le drainage de l'uterus.» Nouvelles Archives d'obstetrique etc. 1889. № 6, стр. 257.)

Наружно-внутреннее изслѣдованіе при ретенціонныхъ кистахъ трубъ должно быть принципіально, по крайней мѣрѣ, въ

первый разъ, производимо крайне бережно и осторожно въ виду того, что уже извѣстно не мало случаевъ, въ которыхъ во время изслѣдованія подъ руками изслѣдующаго происходилъ разрывъ hydro- или даже pyosalpinx'а; такъ какъ послѣдствія такого разрыва никогда впередъ предвидимы быть не могутъ, то и возможность происхожденія его не только не желательна въ интересахъ больной, но можетъ повлечь за собою развитіе весьма тяжелыхъ и опасныхъ воспалительныхъ процессовъ или же сильныхъ кровотеченій.

Принимая во вниманіе результаты объективнаго изслѣдованія, указывающіе намъ на присутствіе съ одной стороны или съ обѣихъ сторонъ матки по опухоли, имѣющей своеобразную характерную форму съ мѣстными перетяжками, вѣрнѣе — бороздками, и стоящую въ связи съ угломъ матки посредствомъ довольно плотнаго тяжа, обладающую кромѣ того нерѣдко непостоянною величиною—увеличивающейся и исчезающей почти безслѣдно, и имѣя передъ собою извѣстное сочетаніе припадковъ, изъ которыхъ, впрочемъ, каждый по себѣ не представляетъ ничего патогномоническаго, но всѣ вмѣстѣ въ извѣстномъ сочетаніи (боли, menorrhagia, dysmenorrhoea, dyspareunia et sterilitas), какъ на это указалъ *Lawson Tait* въ своей статьѣ «Three cases of Pyosalpinx *(«Obstetrical transactions, XXV», стр. 236)*, довольно постоянны, мы можемъ уже съ большею вѣроятностью высказаться за ретенціонную кисту трубы. Діагнозъ нашъ еще болѣе дѣлается вѣрнымъ, если мы находимъ и въ анамнезѣ указанія на заболѣваніе трубъ, ведущее свое начало или изъ послѣродоваго періода (роды, выкидышъ), или послѣ зараженія гонорреей, а теченіе болѣзни указываетъ на присутствіе боковыхъ рецидивирующихъ периметритовъ. Опредѣленіе характера ретенціонной кисты обыкновенно представляется уже болѣе затруднительнымъ; присутствіе лихорадочныхъ движеній послабляющаго типа, значительная болѣзненность самой опухоли при давленіи, бо́льшая плотность ея и болѣе бурныя воспалительныя явленія при началѣ заболѣванія указываютъ намъ на pyosalpinx. Отсутствіе болѣе значительныхъ

сращеній, легкая подвижность опухоли, нерѣзко выраженныя периметритическія явленія въ теченіе болѣзни весьма часто сопровождаютъ развитіе hydrosalpinx'а. Чистыя же формы haematosalpinx'a встрѣчаются обыкновенно при гинатрезіяхъ, и при нормально развитыхъ и правильно функціонирующихъ половыхъ органахъ распознаваніе его за исключеніемъ случаевъ graviditas tubaria можетъ основываться только на быстромъ, почти внезапномъ болѣе значительномъ увеличеніи опухоли, несопровождающемся лихорадочнымъ состояніемъ, при болѣе же обильномъ внутри-трубномъ кровотеченіи появляются также всѣ признаки развивающейся острой анэміи.

Ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ легче и чаще всего могутъ быть смѣшиваемы съ небольшой величины кистами яичника и таковыми же подсерозными фиброміомами. Диффеденціальное распознаваніе между небольшими кистами яичника, особенно дермоидными, и ретенціонными кистами трубъ представляется иногда весьма труднымъ, особенно при совмѣстномъ существованіи тѣхъ и другихъ; но весьма часто всетаки удается путемъ объективнаго изслѣдованія точно установить форму ретенціоннаго мѣшка трубы, непостоянство его величины, жалобы же больныхъ, теченіе болѣзни и анамнезъ дѣлаютъ нашъ діагнозъ и въ этихъ случаяхъ иногда неоспоримо вѣрнымъ. При одновременномъ существованіи обоихъ заболѣваній или при существованіи обширныхъ сращеній, плотно спаивающихъ кисту трубы съ яичникомъ, діагнозъ нашъ можетъ быть только приблизительнымъ, такъ какъ даже и при анатомическомъ изслѣдованіи съ пинцетомъ и скалпелемъ въ рукахъ приходится потратить много времени, чтобы точно опредѣлить отношенія частей.

Небольшой величины ретенціонныя кисты трубы иногда такъ плотно сращены съ заднею поверхностью матки и какъ бы непосредственно переходятъ въ нее, что является мысль о присутствіи небольшой подсерозной фиброміомы. Повторныя и болѣе тщательныя изслѣдованія могутъ однако выяснить намъ болѣе точно форму опухоли и связь ея съ угломъ матки

помощью маточнаго конца трубы, представляющагося хорошо ощупываемымъ жгутомъ, а въ случаяхъ еще существующей проходимости ostii uterinae tubae быстрое уменьшеніе опухоли иногда почти до исчезновенія и появленіе ея снова черезъ извѣстный промежутокъ времени укажутъ несомнѣнный характеръ salpingitis s. hydrosalpinx profluens. Въ затруднительныхъ для діагноза случаяхъ можетъ считаться вполнѣ показаннымъ одновременное изслѣдованіе пальцемъ одной руки черезъ прямую кишку и пальцемъ другой, введеннымъ въ мочевой пузырь послѣ предварительнаго расширенія мочеиспускательнаго канала. Захватывая влагалищную часть матки пулевыми щипцами и поручая одному изъ ассистентовъ низводить матку, мы можемъ иногда поразительно легко ощупать уголъ ея и отходящій отъ него въ видѣ жгута внутренній конецъ трубы, соединяющій опухоль съ маткою.

При опухоляхъ, сидящихъ болѣе съ боку матки и помѣщающихся въ широкой маточной связкѣ, скорѣе должно явиться предположеніе объ опухоли трубы, такъ какъ фиброміомы въ этой области относительно рѣдки (*Gusserow, «Archiv f. Gyn.», XXXII, стр. 189*). Теченіе болѣзни, анамнезъ и припадки служатъ для многихъ случаевъ также весьма вѣскими данными въ дифференціальномъ распознаваніи фиброміомъ отъ ретенціонныхъ кистъ фаллопіевой трубы. Несмотря на всѣ вышеприведенныя данныя, всетаки еще широко поле для ошибокъ при распознаваніи кистъ трубы, и всегда будутъ встрѣчаться случаи трудной и иногда проблематической постановки его.

Предсказаніе. При ретенціонныхъ кистахъ фаллопіевыхъ трубъ нашъ прогнозъ долженъ быть, вообще, крайне сдержаннымъ; теченіе болѣзни длительно, самопроизвольныя излѣченія крайне рѣдки, и возможность различныхъ болѣе опасныхъ случайностей и осложненій представляется часто весьма вѣроятною. Относительно еще лучшее предсказаніе можетъ быть при hydrosalpinx'ѣ, втеченіе котораго нерѣдко наблюдается остановка процесса на извѣстномъ statu quo, не вызывающемъ никакихъ болѣе тяжелыхъ припадковъ, и возможность, какъ

произвольнаго опорожненія черезъ матку, такъ и произвольнаго разрыва въ полость брюшины, который обыкновенно не угрожаетъ большою опасностью больнымъ. Напротивъ того, теченіе болѣзни при pyosalpinx'ѣ идетъ обыкновенно, если можно такъ выразиться, отъ худшаго къ еще болѣе худшему; больныя мало-по-малу превращаются въ субъектовъ не способныхъ ни къ какой физической работѣ, обреченныхъ проводить всю свою жизнь прикованными къ постели или скитаться изъ одной больницы въ другую. Возможность еще болѣе опасныхъ осложненій для жизни при pyosalpinx'ѣ представляется относительно весьма легкой: образованіе обширныхъ абсцессовъ, перфорація въ полость брюшины наблюдается далеко не рѣдко. Исключеніемъ изъ этого общаго правила представляютъ иногда случаи pyosalpinx'а, развивающагося послѣ выкидыша или родовъ и имѣющаго обыкновенно острое теченіе: наблюдаемое нерѣдко опорожненіе его черезъ orificium uterinum tubae ведетъ иногда къ самопроизвольному излѣченію. Существуютъ несомнѣнно также случаи хроническаго pyosalpinx'а, дающіе иногда исходъ въ относительное выздоровленіе, но все-таки связанные съ большимъ рискомъ для жизни больныхъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ, какъ мнѣ пришлось наблюдать самому, произошло опорожненіе ретенціонной кисты pyosalpinx'а въ полость брюшины, путемъ разрыва ея стѣнки; развился острый pelviperitonitis, быстро инкапсулировавшійся. Больная втеченіе многихъ мѣсяцевъ должна была провести время въ кровати, причемъ воспалительная опухоль въ тазу мало-по-малу начала уменьшаться, и pyosalpinx болѣе не возобновился.

Присутствіе haematosalpinx'а также дѣлаетъ наше предсказаніе достаточно неблагопріятнымъ въ виду возможности его разрыва и связанныхъ съ нимъ опасныхъ послѣдовательныхъ явленій.

Болѣе лучшимъ можетъ считаться прогнозъ при существованіи болѣе или менѣе свободнаго оттока скопившейся жидкости черезъ маточное отверстіе трубы; такіе hydro- или pyosalpinx profluens даютъ еще возможность произвольнаго излѣченія; при полныхъ опорожненіяхъ ретенціонной кисты возможно иногда

наступленіе restitutionis ad integrum или же ея облитераціи, смотря по характеру и интензивности процесса.

При современныхъ методахъ лѣченія, однако, предсказаніе наше для всѣхъ видовъ ретенціонныхъ кистъ значительно улучшилось, и мы можемъ уже нерѣдко наблюдать полное выздоровленіе больныхъ, считавшихся совершенно неизлѣчимыми до введенія въ нашу терапію laparosalpingoëctomiae.

Относительно возможности устраненія безплодія, всегда сопутствующаго заболѣванію трубъ, прогнозъ крайне неблагопріятенъ; какъ рѣдкія, но все-таки возможныя исключенія, представляются случаи забеременѣванія послѣ удаленія односторонняго hydro-или pyosalpinx'а. (*Gusserow,* l. c., стр. 191).

Лѣченіе. Какъ мы уже видѣли, заболѣваніе фаллопіевыхъ трубъ обусловливается въ большинствѣ случаевъ той или другой инфекціей, и поэтому профилактика играетъ весьма важную роль при данномъ заболѣваніи. Возможно полное устраненіе инфекціонныхъ началъ при веденіи родовъ, выкидыша и послѣродоваго періода предотвратитъ развитіе уже многихъ случаевъ сальпингитовъ и ретенціонныхъ кистъ фаллопіевыхъ трубъ; то же слѣдуетъ сказать и о точной профилактикѣ зараженій гонорройнымъ ядомъ. Нельзя еще и въ настоящее время проходить молчаніемъ осторожности и тщательности въ выполненіи всѣхъ антисептическихъ мѣропріятій, долженствующихъ быть предпринимаемыми при каждой врачебной манипуляціи во внутреннихъ половыхъ органахъ; благодаря извѣстной легкости отношенія къ нимъ, встрѣчающейся все-таки не особенно рѣдко, не одна женщина получила обостреніе существовавшаго у нея эндометрита и распространеніе его на слизистую оболочку трубъ со всѣми его послѣдствіями. Не говоря уже о внутриматочныхъ манипуляціяхъ, я долженъ еще разъ упомянуть, что и каждая внутривлагалищная, даже введеніе зеркала для изслѣдованія должно сопровождаться примѣненіемъ возможно полной дезинфекціи, не только всего того, что приходитъ въ соприкосновеніе съ больной, но и самого влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ. Соблюдая въ полной строгости только что сказанное, мы можемъ

быть увѣрены до извѣстной степени, что изслѣдованіе наше не только не занесетъ новыхъ инфекціонныхъ началъ, но и не дастъ повода существующимъ уже въ половомъ каналѣ женщины микроогранизмамъ начать развиваться съ большею энергіею и при болѣе благопріятныхъ условіяхъ.

Въ большинствѣ случаевъ обыкновенно больныя обращаются къ намъ въ періодѣ обостренія периметритическихъ припадковъ, и мы должны, если не имѣется угрожающихъ жизни явленій, направить наше лѣченіе противъ острыхъ воспалительныхъ явленій. Съ теченіемъ времени, съ устраненіемъ этихъ послѣднихъ, контуры опухоли дѣлаются болѣе и болѣе ясными, и діагнозъ нашъ становится болѣе точнымъ.

Наблюдая болѣе продолжительное время больныхъ, обладающихъ ретенціонными кистами фаллопіевыхъ трубъ, вообще, мы, какъ объ этомъ уже изложено выше, весьма скоро убѣждаемся, что случаи такъ называемаго hydrops tubae profluens sive apertus представляются далеко не такъ рѣдкими, какъ бы это могло казаться при болѣе поверхностномъ отношеніи къ дѣлу. Мы можемъ наблюдать относительно весьма часто, что фаллопіева труба самопроизвольно, благодаря сокращенію своихъ богатыхъ мышцами стѣнокъ изливаетъ свое содержимое черезъ незаросшій orificium uterinum tubae, представляющійся только механически непроходимымъ, вслѣдствіе временной закупорки, или же потому, что труба до входа въ стѣнку матки была перегнута до уничтоженія просвѣта, вслѣдствіе какой либо тоже временной, устранимой причины. Кромѣ того, укажу еще разъ на то, что самопроизвольное опорожненіе ретенціонной кисты фаллопіевой трубы происходитъ иногда вполнѣ, такъ что обусловливаемая ею опухоль исчезаетъ совершенно и не появляется вновь втеченіе весьма продолжительнаго времени, а иногда такимъ путемъ получается полное самопроизвольное излѣченіе. Руководствуясь только что сказаннымъ, мы при назначеніи того или другого лѣченія должны никогда не упускать изъ виду возможности искусственно помочь такому опорожненію; поэтому весьма важно въ каждомъ данномъ случаѣ насколько возможно точно установить, имѣемъ

ли мы дѣло съ hydrops tubae apertus или occlusus, какъ называли эти состоянія авторы недавняго прошлаго (*Kiwisch*, *Virchow* и др.).

Къ сожалѣнію, однако, еще и до настоящаго времени мы не всегда въ каждомъ данномъ случаѣ можемъ съ точностью дифференцировать эти особенности и, благодаря большею частью недостаточному количеству времени наблюденія, не можемъ высказаться, имѣемъ-ли мы передъ собою только механически непроходимый orificium uterinum tubae, или же онъ измѣненъ уже анатомически и находится въ состояніи полной атрезіи. Принимая во вниманіе эту трудность и подчасъ невозможность въ распознаваніи, мы, по моему мнѣнію, въ каждомъ сомнительномъ случаѣ должны назначать лѣченіе, способствующее опорожненію содержимаго ретенціонной кисты въ полость матки и только уже послѣ полнаго убѣжденія въ его недѣйствительности переходить къ вопросу объ удаленіи другими путями заболѣвшей трубы. Не разъ уже, благодаря этому, мнѣ приходилось видѣть больныхъ выздоровѣвшими безъ того, чтобы онѣ были подвергнуты операціи удаленія заболѣвшихъ трубъ.

При неправильномъ положеніи матки и обычно свѣязанномъ съ нимъ неправильномъ положеніи трубъ, могутъ получиться мѣстные перегибы послѣднихъ до уничтоженія просвѣта, что особенно легко происходитъ, какъ мы уже видѣли выше, при зародышевой или дѣтской формахъ фаллопіевой трубы. Въ случаяхъ зарощенія orificii abdominalis tubae при уже заболѣвшей трубѣ при этомъ легко начинаетъ скопляться продуктъ выдѣленія слизистой оболочки ея, и получается hydrosalpinx. Исправляя положеніе матки и именно наблюдаемую при этомъ чаще retroflexio-versio и удерживая ее въ относительно нормальномъ положеніи хорошо подобранныхъ внутривлагалищнымъ пессаріемъ, мы можемъ наблюдать, какъ въ подходящихъ случаяхъ опухоль трубы, уменьшаясь мало-по-малу, пропадаетъ совсѣмъ въ весьма короткое время. Въ подобныхъ случаяхъ, для ускоренія и достиженія болѣе быстраго и полнаго опорожненія, равно какъ и вообще въ случаяхъ подозрѣваемаго hydrops tubae apertus весьма дѣй-

ствительнымъ оказывается назначеніе внутрь препаратовъ спорыньи или Hydrastis canadensis. Сказанныя средства, возбуждая сокращеніе мышцъ, способствуютъ болѣе энергической работѣ стѣнокъ фаллопіевой трубы и, слѣдовательно, выведенію ея содержимаго наружу. Противупоказаніемъ къ назначенію этихъ средствъ, слѣдуетъ считать присутствіе болевыхъ ощущеній, сопровождающихъ сокращенія фаллопіевыхъ трубъ (colica tubaria), такъ какъ эти боли начинаютъ усиливаться и могутъ достигать весьма мучительныхъ степеней (см. стр. 15).

Съ цѣлію способствовать опорожненію растянутой трубы иногда съ большою пользою можетъ быть назначаемъ массажъ, производимый наружно-внутренними пріемами; очевидно, что примѣненіе его можетъ быть довѣряемо только опытной рукѣ гинеколога. Постепеннымъ, методическимъ примѣненіемъ массажа наружно-внутренними пріемами достигается мало-по-малу большая подвижность ретенціонной кисты трубы, устраняются нѣкоторыя сращенія ея съ окружающими частями, равно какъ и зависѣвшія отъ нихъ неправильныя положенія, вызвавшія въ свою очередь мѣстные перегибы трубы и давшія такимъ образомъ поводъ къ развитію скопленія ея содержимаго. Избѣгая всякаго насилія, только легкимъ сдавливаніемъ растянутой трубы между обѣими руками при наружно-внутреннемъ пріемѣ гинекологическаго массажа удается, съ устраненіемъ препятствія къ оттоку скопившейся жидкости, вызывать постепенное опорожненіе ея, обусловливаемое, какъ непосредственно механически—давленіемъ, такъ и динамически—возбужденіемъ сокращеній мышечныхъ стѣнокъ трубы.

Предполагая съуженіе orificii uterini tubae, происходящее или вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки, или закупорки его сгустившимся выдѣленіемъ ея, является потребность расширить это отверстіе искусственно. Проведеніе зонда черезъ это отверстіе — зондированіе трубъ, какъ мы уже говорили, до сихъ поръ должно считаться неосуществимымъ желаніемъ; поэтому волей неволей приходится пользоваться расширеніемъ его, появляющимся вмѣстѣ съ искусственнымъ расшире-

ніемъ полости матки. Съ этою цѣлію *Dolèris*'омъ (см. стр. 160) разработанъ и описанъ методъ, предложенный впервыя *Walton*'омъ и *Gotschalk*'омъ, состоящій въ методическомъ расширеніи разбухающими веществами полости матки. Примѣняя строгую дезинфекцію, какъ полового канала больной, такъ и всего того, что проходитъ съ нимъ въ соприкосновеніе, вводятся при помощи ложкообразныхъ зеркалъ въ полость матки разбухающія вещества—прессованныя губки, палочки ламинаріи или tupelo, обработанныя въ эѳирномъ растворѣ іодоформа или подвергшіяся стерилизаціи при извѣстной высотѣ температуры въ термостатѣ. Спачала вводятся палочки болѣе тонкія, и затѣмъ съ теченіемъ времени толщина ихъ увеличивается, пока наконецъ матка не будетъ растянута до весьма значительныхъ размѣровъ. Перемѣняя губки или палочки, нерѣдко приходится наблюдать истеченіе большаго или меньшаго количества катарральной жидкости изъ ретенціонной кисты трубы; что эта жидкость имѣетъ источникомъ дѣйствительно скопленіе въ трубѣ, доказывается легко тѣмъ, что объемъ опухоли, образуемой растянутою трубою, мало-по-малу уменьшается. Мнѣ приходилось нерѣдко самому убѣждаться въ точности факта исчезанія ретенціонныхъ кистъ трубъ втеченіе и вслѣдъ за искусственнымъ методическимъ расширеніемъ полости матки, такъ какъ въ нашей клиникѣ, по моему предложенію, производится рядъ провѣрокъ метода *Dolèris*'а докторомъ *Заболотскимъ,* и больныя, пользованныя имъ, время отъ времени спеціально демонстрировались мнѣ для констатированія тѣхъ или другихъ измѣненій, замѣчавшихся въ теченіи болѣзни. Несомнѣнно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ даннаго метода лѣченія получалось нетолько облегченіе состоянія больныхъ, но и полное излѣченіе.

Какъ примѣненіе гинекологическаго массажа, такъ и искусственнаго расширенія полости матки съ цѣлію излѣченія ретенціонныхъ кистъ фаллопіевыхъ трубъ возбуждаетъ обыкновенно опасеніе относительно возможности разрыва заросшаго или быть можетъ только склеившагося брюшиннаго отверстія растянутой

трубы и изліянія скопившейся жидкости въ полость брюшины съ болѣе или менѣе серьезными послѣдствіями для здоровья и даже жизни больной. Приступая къ наблюденію и провѣркѣ метода *Dolèris*'а въ нашей клиникѣ, мы были всегда въ полной готовности приступить тотчасъ же къ чревосѣченію, какъ только появятся какія-либо угрожающія явленія со стороны больной во время методическаго расширенія полости матки при ретенціонныхъ кистахъ фаллопіевыхъ трубъ. Во всѣхъ, въ настоящее время уже болѣе двадцати, случаяхъ, проведенныхъ докторомъ *Заболотскимъ*, намъ ни разу не пришлось прибѣгать къ болѣе героическимъ пособіямъ: лапаротомія ни разу не могла считаться показанней. Появляющіяся иногда болевыя ощущенія бо̀льшей интенсивности въ нижней части живота уступали скоро обычнымъ средствамъ и ни разу не пришлось видѣть болѣе угрожающихъ припадковъ. Изъ этого, какъ мнѣ кажется, явствуетъ, что высказываемыя опасенія не такъ страшны, какъ они кажутся на первый взглядъ при только теоретическомъ ихъ обсужденіи. Кромѣ того, случаи доктора *Заболотскаго* убѣждаютъ меня въ томъ, что непроходимое брюшное отверстіе трубъ разрывается не такъ легко, а если и происходитъ, быть можетъ, въ подходящихъ, исключительныхъ случаяхъ опорожненіе скопившейся жидкости въ трубѣ въ полость брюшины, то оно не такъ легко и часто вызываетъ воспалительныя явленія, обусловливающія грозныя припадки со стороны общаго состоянія больной. Что касается до примѣнимости и распространенія метода *Dolèris*'а, то я думаю, что, благодаря своей довольно значительной сложности и утомительности, какъ для больной, такъ и для лѣчащаго врача, онъ едва ли когда будетъ принадлежать къ числу болѣе распространенныхъ и любимыхъ способовъ лѣченія, хотя польза его въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ уже сказано, несомнѣнна.

Совершенно иначе представляется намъ вопросъ о лѣченіи ретенціонныхъ кистъ фаллопіевыхъ трубъ, когда мы имѣемъ передъ собою полную органическую непроходимость orificii uterini, и hydrops tubae представляется кистовидною опухолью,

не обладающей произвольными колебаніями своего объема— hydrops tubae occlusus. Въ подобныхъ случаяхъ уже никакъ нельзя разсчитывать на полное restitutio ad integrum, и съ анатомической точки зрѣнія ничто не препятствуетъ удаленію такимъ образомъ измѣненной трубы въ случаяхъ, когда припадки, вызываемые заболѣваніемъ, требуютъ нашей неотложной помощи. Для полученія полнаго излѣченія, кромѣ операціи удаленія заболѣвшей трубы путемъ чревосѣченія (laparosalpingoëctomia), можетъ быть примѣняемо вскрытіе ретенціонной кисты путемъ разрѣза съ послѣдовательнымъ дренажемъ при помощи чревосѣченія (laparosalpingotomia), или же черезъ влагалище (colposalpingotomia); удаленіе жидкости помощью пункціи троакаромъ давало также въ нѣкоторыхъ случаяхъ стойкое выздоровленіе.

Проколъ троакаромъ или аспираторомъ, производившійся для опорожненія и излѣченія ретенціонныхъ кистъ долженъ считаться въ настоящее время почти совершенно оставленнымъ; въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ онъ можетъ быть еще допускаемъ съ діагностическою цѣлью въ формѣ пробаторной пункціи. Подобно пункціи другихъ кистъ брюшной полости, она только рѣдко излѣчиваетъ заболѣваніе; накопленіе жидкости наблюдается вновь, такъ что уже извѣстны случаи, въ которыхъ послѣ нѣсколькихъ проколовъ все-таки приходилось удалять всю опухоль; операція же удаленія всей опухоли послѣ предшествовавшихъ пункцій представляется всегда болѣе затруднительною вслѣдствіе развивающихся стойкихъ сращеній на мѣстахъ проколовъ; кромѣ того сама манипуляція проведенія троакара, какъ производящаяся безъ строгаго контроля зрѣнія и осязанія, можетъ иногда осложняться уже совершенно не желательными пораненіями кишечныхъ петель или мочеваго пузыря. Принимая во вниманіе только что сказанное, пункція, какъ методъ лѣченія, можетъ имѣть мѣсто только въ случаяхъ невозможности, по той или другой причинѣ, производства чревосѣченія, такъ какъ ею мы достигаемъ навѣрное извѣстнаго, хотя и временнаго облегченія припадковъ, и только въ рѣдкихъ подходящихъ случаяхъ (hydrosalpinx), быть можетъ, полнаго излѣченія.

Самымъ радикальнымъ и надежнымъ методомъ хирургическаго лѣченія ретенціонныхъ кистъ фаллопіевыхъ трубъ безспорно представляется удаленіе ихъ путемъ чревосѣченія (laparosalpingoëctomia). Производство этой операціи было извѣстно уже давно, и, какъ указываютъ литературныя данныя, она была произведена въ первый разъ въ Сарептѣ—Астраханской губерніи въ 1784 году *К. А. Зейделемъ* (*«Observatio et historia medica de tumore tubae Fallopianae dextrae feliciter percurato quam gratiosae facultatis medicae Vitebergensis examini pro summis in arte medica honoribus obtinendis ea, qua decet pietate et observatio subiecit Carolus Augustus Seydel Radebergensis misnicus apud Sareptae in regno astracano incolas medicinae practicus a Collegio medicorum Petropolitano examinatus approbatusque»*. См. *О. А. Шлезингеръ, «Журн. акуш. и женск. бол.»*, 1887, стр. 203); заслуга превращенія ея въ одну изъ повседневныхъ операцій принадлежитъ *Lawson Tait'у*, оперировавшему въ первый разъ въ 1872 году («Centr. f. Gynäk.», 1887, № 2, стр. 29), и *Hegar'у*, начавшему производить ее съ 1876 года (*Hegar* и *Kaltenbach*. Die Operative Gyn., 1886, стр. 416). Операціи удаленія опухолей фаллопіевыхъ трубъ, произведенныя *Storer*'омъ (1870) и *Reynolds*'омъ (1871) принадлежатъ къ операціямъ случайнымъ (*Шлезингеръ, «Леченіе болѣзней Фаллопіевыхъ трубъ чревосѣченіемъ»*, Дисс. изъ нашей клиники, 1887).

Показанія къ производству laparosalpingoëctomiae не могутъ еще въ настоящее время считаться вполнѣ законченно-разработанными. На первомъ планѣ стоитъ тяжесть припадковъ, вызываемыхъ заболѣваніемъ, при чемъ они весьма часто обратно пропорціональны величинѣ опухоли. Сильныя боли, интенсивность периметритическихъ пораженій, длительное теченіе болѣзни и полная неспособность больныхъ производить какую-либо физическую работу, не смотря ни на какія примѣняемыя системы лѣченія, служатъ показаніемъ къ удаленію заболѣвшей трубы путемъ чревосѣченія. При существующемъ уже діагнозѣ хроническихъ гнойныхъ скопленій въ

трубѣ (pyosalpinx chronica), операція должна считаться настоятельно показанной, не смотря даже наизвѣстную опасность ея вслѣдствіе возможности поступленія гноя въ брюшину sub operatione; чѣмъ раньше въ этихъ случаяхъ мы рѣшимся на laparosalpingoëctomiam, тѣмъ легче сама операція и тѣмъ лучше прогнозъ ея; ждать же проблематическаго выздоровленія путемъ сгущенія гноя и превращенія его въ творогообразную массу значитъ подвергать больныхъ риску возможнаго разрыва гнойнаго скопища и оставлять ихъ съ болѣзнью, теченіе которой, какъ мы уже видѣли, идетъ почти безъ исключенія отъ худшаго къ еще болѣе худшему. Точно также діагнозъ первичнаго salpingitidis tuberculosae или pyosalpinx'а, развившагося на туберкулезной почвѣ, обусловливаютъ вполнѣ опредѣленно показаніе къ операціи. Операція должна считаться неизбѣжно показанной въ случаяхъ внезапныхъ осложненій, грозящихъ жизни больной, при разрывахъ ретенціонныхъ кистъ, обусловливающихъ развитіе общаго перитонита или сильнаго внутренняго кровотеченія; явленія ущемленія, вызываемыя иногда опухолью, фиксированною въ полости малаго таза, относятся къ этой-же категоріи. Laparosalpingoëctomia при haematosalpinx'ѣ, сопровождающемъ нѣкоторые виды гинатрезій, какъ мы уже видѣли. (*Славянскій.* Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней, Т. I, стр. 13), представляется однимъ изъ самыхъ раціональныхъ методовъ лѣченія.

Въ предыдущей лекціи я уже указалъ на тѣ случаи воспаленія фаллопіевыхъ трубъ, при которыхъ чревосѣченіе, съ цѣлью удаленія заболѣвшаго органа, должно считаться показаннымъ (см. стр. 23).

Мы считаемъ операцію не показанной при полномъ отсутствіи симптомовъ при hydrosalpinx'ахъ, не представляющихъ постепеннаго увеличенія своего объема, а остающихся in statu quo, а равно при всякаго рода условіяхъ, противупоказующихъ вообще производство лапаротоміи.

При иногда существующихъ затрудненіяхъ въ діагнозѣ, а подчасъ и полной невозможности его, болѣзни трубъ чаще,

чѣмъ заболѣванія другихъ органовъ, обусловливали до сихъ поръ показанія къ производству пробнаго разрѣза (laparotomia explorativa). Въ большей же части случаевъ послѣдній переходилъ въ полное удаленіе заболѣвшихъ органовъ или оканчивался проведеніемъ дренажа въ полость ретенціонной кисты трубы.

Обстановка операціи laparosalpingoëctomiae и приготовленіе къ ней больной тѣ же, что и при всякомъ чревосѣченіи, вообще.

Производство laparosalpingoëctomiae при ретенціонныхъ кистахъ трубы, представляющихся большей величины, въ общихъ чертахъ совершенно подобно производству оваріотоміи, при опухоляхъ же незначительной величины—кастраціи. Главною задачею является, конечно, удаленіе всего заболѣвшаго—вся ретенціонная киста должна быть вырѣзана. Чаще, однако, чѣмъ при оваріотоміи или кастраціи, приходится встрѣчаться, особенно при pyosalpinx'ахъ, съ обширными, иногда непреодолимыми сращеніями. Съ момента отдѣленія сращенія начинаются спеціальныя затрудненія, свойственныя производству laparosalpingoëctomiae. Раздѣленіе сращеній производится по общимъ правиламъ, и иногда они настолько представляются плотными, что приходится ихъ перерѣзать ножницами, при чемъ, чтобы сдѣлать ихъ болѣе доступными, весьма цѣлесообразнымъ оказывается поручить приподымать опухоль изъ полости малаго таза ассистенту двумя пальцами со стороны полости влагалища или оперировать при поднятомъ тазѣ. Для выведенія опухоли изъ полости малаго таза весьма удобнымъ оказывается подведеніе всей кисти руки подъ нее; этимъ, а равно и устраненіемъ захватыванія ея для извлеченія щипцами, мы часто въ состояніи устранить столь нежелательный разрывъ ея sub operatione и выхожденіе ея содержимаго въ полость брюшины. Не смотря, однако, на всѣ наши старанія и осторожность при отдѣленіи сращеній, разрывъ кисты трубы можетъ всетаки произойти и содержимое ея попадаетъ непосредственно въ брюшную полость. Опасность такого загрязненія брюшины далеко не столь велика, какъ это казалось прежде, появленіе септическихъ воспаленій принадлежитъ далеко не къ явленіямъ постояннымъ. Выхо-

жденіе въ брюшину значительнаго количества зловоннаго гноя уже много разъ убѣждало насъ, что рѣзкій вонючій запахъ его совершенно не пропорціоналенъ опасности развитія инфекціоннаго перитонита; нѣсколько болѣе тщательный туалетъ брюшины — и выздоровленіе идетъ гладко, безъ лихорадки; появленіе же лихорадки въ нѣкоторыхъ случаяхъ безъ воспалительныхъ явленій вполнѣ удовлетворительно можетъ быть объяснено поступленіемъ въ организмъ птомаиновъ изъ вонючаго застоявшагося гноя. Напротивъ того, случаи проникновенія въ полость брюшины болѣе свѣжаго гноя, не утратившаго еще своихъ специфическихъ септическихъ или гонорройныхъ свойствъ, иногда при имѣющихся еще на лицо извѣстныхъ формахъ микроорганизмовъ, представляющихся нерѣдко весьма опасными, интенсивность послѣдовательныхъ инфекціонныхъ воспаленій можетъ быть настолько значительна, что развивающійся peritonitis universalis убиваетъ больныхъ въ первые дни послѣ операціи. Существованіе подобныхъ случаевъ и возможность ихъ развитія заставляетъ насъ, насколько возможно, избѣгать проникновенія гноя въ полость брюшины sub operatione и, буде таковое случится, предпринимать возможно болѣе тщательный туалетъ брюшины.

Существованіе болѣе стойкихъ и иногда сосудистыхъ сращеній заставляетъ насъ также предпочитать производство операціи, не стѣсняясь величиною брюшного разрѣза. Разрѣзъ большей величины и, въ случаѣ необходимости, даже выведеніе кишечныхъ петель наружу со всѣми къ тому необходимыми предосторожностями не ухудшаетъ прогноза операціи, но за то дѣлаетъ болѣе доступными глазу сращенія, и мы не рискуемъ терять больную отъ послѣдовательнаго кровотеченія, какъ это случалось уже у операторовъ, принципіально производящихъ во всѣхъ случаяхъ маленькій, пропускающій только два пальца разрѣзъ брюшной стѣнки. Мы считаемъ производство маленькаго разрѣза вполнѣ умѣстнымъ въ случаяхъ болѣе легкихъ, безъ сращеній, или же, если таковыя и имѣются, но они рыхлы, удоборазрываемы и некровоточивы.

По устраненіи всѣхъ сращеній, опухоль подведенною подъ нее рукою выводится черезъ брюшную рану уже относительно довольно легко. Ножка, представляющаяся состоящею изъ внутренняго конца трубы и широкой маточной связки, весьма удобно перевязывается шелковою лигатурою въ два пучка. Тупая аневризматическая игла, проведенная черезъ середину широкой маточной связки, служитъ хорошимъ проводникомъ для двойной лигатуры (іодоформированный шелкъ), наружная петля ея захватываетъ lig infundibulo-pelvicum, а внутренняя—partem uterinam tubae. Затѣмъ, отступя кверху на 1,0—2,0 стм. отъ туго стянутыхъ лигатуръ, ножка перерѣзается, и ретенціонная киста трубы представляется совершенно цѣликомъ удаленною. Перерѣзку части ножки, заключающей въ себѣ трубу, слѣдуетъ производить болѣе осторожно, чтобы изъ получающагося отверстія не было истеченія гноя въ брюшину; это легко достигается двойною перевязкою ея и разрѣзомъ между обоими перевязанными мѣстами; для достиженія этой же цѣли весьма цѣлесообразно производить разрѣзъ раскаленымъ ножомъ аппарата *Paquelin*'а; за отсутствіемъ же этого послѣдняго, при разрѣзѣ простымъ скалпелемъ, остающаяся часть слизистой оболочки канала трубы надъ лигатурою должна быть вырѣзана и остающаяся культя хорошо обеззаражена іодоформомъ.

Удаляя ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ или же трубы, пораженныя тою или другою формою сальпингита, является вопросъ, слѣдуетъ ли при этомъ удалять и яичники? При производствѣ laparosalpingotomiae только на одной сторонѣ, яичники, если они представляются не заболѣвшими, конечно должны быть оставлены in situ, такъ какъ при остающейся хотя и одной только фаллопіевой трубѣ забеременѣваніе возможно, и черезъ извѣстный промежутокъ времени послѣ операціи больныя, забеременѣвая, донашиваютъ и рожаютъ въ срокъ. Нѣсколько иначе представляется уже вопросъ при laporosalpingoëctomia duplex, когда о забеременѣваніи не можетъ быть и рѣчи; и въ этомъ случаѣ, по нашему мнѣнію, здоровые яичники не

должны быть удаляемы. Въ настоящее время, когда увлеченіе кастраціею значительно уже улеглось, когда мы имѣемъ много случаевъ, указывающихъ, на сколько можетъ оказаться тяжелымъ для женщины наступленіе преждевременнаго климактерическаго состоянія, мы должны въ данномъ направленіи быть насколько возможно болѣе консервативными и при laparosalpingoëctomia производить кастрацію—удаленіе обоихъ яичниковъ—только когда она строго показана присутствіемъ того или другого заболѣванія самихъ яичниковъ. Исключеніемъ изъ этого правила представляются лишь тѣ случаи, въ которыхъ, благодаря стойкимъ сращеніемъ яичниковъ съ ретенціонными опухолями трубы, отдѣленіе ихъ будетъ крайне затруднительно или совершенно невозможно.

При совмѣстномъ удаленіи яичниковъ обыкновенно удается, при наложеніи лигатуръ на ножку, захватить въ нихъ также и lig. ovarii и hylus ovarii и такимъ образомъ заодно съ трубою удалить и яичникъ. Удаливъ все, что было въ данномъ случаѣ необходимо, и осмотрѣвъ еще разъ культю ножки, нѣтъ ли гдѣ кровотеченія, лигатуры обрѣзаются коротко, и ножка опускается свободно въ полость брюшины. Брюшная рана зашивается глубокими, захватывающими брюшину и поверхностными швами изъ іодоформированнаго шелку, и больная перевязывается, какъ послѣ чревосѣченія, вообще. Уходъ въ послѣопераціонномъ теченіи также существенно не отличается ничѣмъ отъ такого-же послѣ каждой лапаротоміи.

Какъ мы уже сказали, при существованіи обширныхъ плотныхъ сращеній и при легкой разрываемости подчасъ очень тонкихъ стѣнокъ ретенціонной кисты, приходится, volens-nolens, производить удаленіе ея по частямъ, при чемъ нѣкоторые участки оторвавшихся стѣнокъ остаются приращенными: получается обширная клочковатая рана въ брюшинѣ полости малаго таза, представляющая извѣстныя нежелательныя особенности въ своемъ дальнѣйшемъ теченіи и ухудшающая прогнозъ выздоровленія отъ операціи. Для болѣе успѣшнаго заживленія ея въ предупрежденіе застоя продуктовъ ея выдѣленія обыкно-

венно примѣняется дренажъ, выводимый или черезъ нижній уголъ брюшной раны, или черезъ влагалище, или, чтобы имѣть противоотверстіе, въ оба направленія сразу. Во избѣжаніе ухудшенія прогноза операціи, оказывающагося все-таки неблагопріятнымъ и при примѣненіи дренажа брюшной полости, мы предпочитаемъ въ случаяхъ невозможности полнаго вырѣзыванія опухоли не удалять ее по частямъ, а ограничиваться только опорожненіемъ ея и послѣдовательнымъ дренированіемъ ея полости.

Опорожненіе ретенціонной кисты фаллопіевой трубы съ послѣдовательнымъ запустѣніемъ ея производится лучше и успѣшнѣе всего также путемъ чревосѣченія (laparosalpingotomia). По вскрытіи брюшной полости по обычнымъ правиламъ чревосѣченія, мы точно знакомимся съ положеніемъ опухоли, ея характеромъ и свойствомъ существующихъ сращеній. Если мы находимъ, что опухоль не можетъ быть вполнѣ удалена по причинѣ ея плотныхъ сращеній съ петлями кишекъ, могущихъ быть при этомъ пораненными, или что сращенія въ глубинѣ таза такъ плотны что придется извлекать опухоль по частямъ, при чемъ непремѣнно произойдетъ изліяніе ея содержимаго въ брюшину, то мы предпочитаемъ не форсировать дальше, а ограничиться только опорожненіемъ ея содержимаго. Для этого, приподнявъ на сколько возможно опухоль пальцами ассистента, введенными во влагалище, и обложивъ ее губками для воспрепятствованія проникновенія ея содержимаго въ брюшину, мы вскрываемъ её разрѣзомъ, или же помощью троакара выпускаемъ заключающуюся въ ней жидкость. Затѣмъ опухоль въ спавшемся состояніи уже легко захватывается тѣми или другими щипцами, разрѣзъ въ ней увеличивается, или даже, если окажется излишекъ ея стѣнокъ, то отрѣзается извѣстная часть ея и полученные такимъ образомъ края болѣе значительной величины отверстія пришиваются къ краямъ нижней части брюшной раны; въ оставшуюся полость ретенціонной кисты вводится черезъ это отверстіе значительныхъ размѣровъ дренажная трубка, а верхняя часть брюшной раны зашивается уже по общимъ правиламъ. Перевязка изъ іодоформированной

марли. Первые дни послѣ операціи выдѣленія изъ дренажной трубки болѣе значительны и затѣмъ мало-по-малу уменьшаются; приблизительно черезъ недѣлю трубка замѣняется болѣе тонкой и къ концу третьей недѣли можетъ быть совершенно удалена. Въ результатѣ получается полное запустѣніе существовавшей полости (см. случаи, описанные изъ нашей клиники *Н. Н. Феноменовымъ,* «Врачъ», 1885, № 49, *О. А. Шлезингеромъ,* l. с., и *Е. Е. Маковецкимъ,* l. с., Предложеніе, вышедшее изъ клиники *Hegar*'а *(Wiedow, «Centr. f. Gyn.»,* 1885, стр. 147),—оперировать ретенціонныя кисты фаллопіевой трубы въ два раза (à deux temps)—не можетъ еще считаться имѣющимъ свои строгія показанія. Разрѣзъ брюшной стѣнки производится на 2 пальца выше и параллельно lig. Poupartii той стороны, на которой находится опухоль, вскрывается брюшина и, если опухоль не представляется сращенною съ нею, то рана тампонируется вплоть до опухоли кускомъ іодоформированной или сулемованной марли; затѣмъ черезъ нѣсколько дней, когда можно уже предположить существованіе склеекъ между брюшиною опухоли и peritoneum parietale, производится разрѣзъ стѣнки опухоли, и она опорожняется отъ своего содержимаго. Не смотря на повторное предложеніе этого способа изъ клиники *Kaltenbach*'а *(«Verhandl. des II Congresses der deutsch. Ges. für Geb. и Gyn. 1888. in Halle»),* какъ мы сказали, показанія къ нему и его выгоды остаются далеко не выясненными. Мы съ своей стороны не находили еще ни разу необходимости не производить операціи сразу, а дѣлить ее на два сеанса.

Вскрытіе и опорожненіе ретенціонныхъ кистъ трубы черезъ влагалище (colposalpingotomia), быть можетъ, легче производится въ особыхъ, исключительныхъ случаяхъ, въ которыхъ ретенціонная киста фаллопіевой трубы, помѣщаясь въ дугласовомъ пространствѣ, особенно рѣзко выпячиваетъ задній сводъ въ полость влагалища. Операцію эту мы считаемъ также менѣе цѣлесообразною, чѣмъ производство laparosalpingotomiae, и вотъ почему: приступая къ операціи, мы имѣемъ всегда въ виду уда-

лить все заболѣвшее и, только встрѣчая извѣстныя и иногда непреодолимыя препятствія, мы останавливаемся на опорожненіи содержимаго ретенціонной кисты и вызываемъ ея послѣдовательное запустѣніе, а такъ какъ только чревосѣченіе можетъ дать намъ въ этомъ направленіи положительный и ясный отвѣтъ, то, производя сразу colposalpingotomi'ю, мы предрѣшаемъ невозможность производства полнаго удаленія опухоли, не имѣя на это достаточно точныхъ данныхъ.

При существованіи серозныхъ скопленій въ фаллопіевой трубѣ (hydrosalpinx при hydrops tubae apertus) *Schroeder*'омъ была предложена и произведена (*Hofmeier, «Gynäkol. Operationen»,* 1888, стр. 269) резекція куска стѣнки трубы, при чемъ образовалось свободное отверстіе въ полость брюшины; но краямъ этого отверстія слизистая оболочка трубы была пришита къ брюшинѣ, покрывающей эту послѣднюю. Такое искусственное произведеніе новаго ostium abdominale при существующей проходимости маточнаго отверстія могло бы не только устранить явленія задержки жидкости въ трубѣ, но и возстановить ея нормальную проходимость и, слѣдовательно, дать возможность проникновенію яйца изъ яичника въ матку. Мнѣ самому приходилось уже нѣсколько разъ производить операцію по этому плану, но до сихъ поръ получались отрицательные результаты: вповь образованное отверстіе снова дѣлалось непроходимымъ вслѣдствіе развитія ложныхъ перепонокъ, и hydrosalpinx возвращался. Точно также и послѣ попытокъ *Martin*'а (Ueber partielle Ovarien—und Tubenexstirpation. *Volkmann's* Samml. Klin. Vortrage, 343) хорошихъ результатовъ, что касается до возможности забеременѣванія, также не наблюдалось.

Результаты лѣченія, получаемые путемъ примѣненія laparosalpingoëctomiae, можно уже въ настоящее время считать вполнѣ удовлетворительными. *Шлезингеръ* (l. c.), собравшій всѣ извѣстные случаи въ литературѣ до 1887 года, выводитъ процентъ смертности послѣ операціи равнымъ 8,76%. *Hofmeier* (l. c.), ограничиваясь преимущественно нѣмецкими авторами, даетъ 13,7% смертности. Обѣ цифры представляются

гораздо бо̀льшими тѣхъ, до которыхъ достигли въ настоящее время. Операція, пріобрѣтая все болѣе и болѣе права гражданства, стала производиться чаще и въ болѣе ранніе періоды заболѣванія, когда опасность ея минимальна и почти всецѣло можетъ быть относима къ непредвидѣннымъ случайностямъ. То же мы должны сказать и о полномъ выздоровленіи, наступающемъ послѣ благополучно-перенесенной операціи. Въ преобладающемъ числѣ случаевъ оно бываетъ полное и при томъ наступающее непосредственно послѣ операціи, въ меньшинствѣ развиваются различнаго рода воспалительные процессы въ брюшинѣ малаго таза или околоматочной клѣтчатки, затягивающіе еще иногда надолго выздоровленіе больной. Эти послѣдніе случаи относятся обыкновенно къ операціямъ, предпринимаемымъ уже поздно, когда существуютъ обширныя плотныя сращенія; бо̀льшая травма самой операціи и частые разрывы кисты sub operatione представляются уже настолько важными моментами, что разрушенія, производимыя ею, и извѣстная степень зараженія излившеюся жидкостью въ тазовой клѣтчаткѣ вызываютъ осложненія, иногда еще долго дающія себя чувствовать.